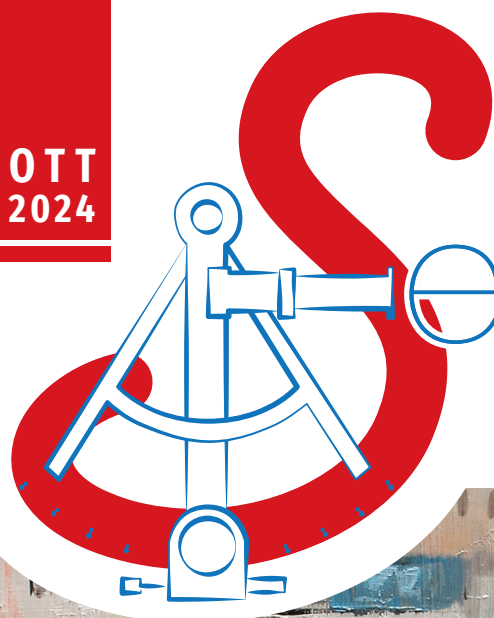


OTT
2024



SeStante 14

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI



La sfida della Casa della Comunità

Salute mentale e dipendenze patologiche, ci siamo?

Dal Decreto alla Comunità ■ Welfare di prossimità e discontinuità paradigmatiche nelle Case della Comunità ■ Al lavoro per un SSN più efficiente, efficace e vicino a territori e cittadini ■ Servizi di comunità e prossimità: ripensare a nuove fondamenta ■ Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità ■ Go West! Prospettive nell'uso della Telemedicina in Salute mentale e Dipendenze patologiche ■ La comunità è di casa ■ Formazione Infermiere di famiglia e comunità e ricaduta organizzativa ■ Giocare per conoscere il mondo e... la Casa della Comunità ■ Intersezioni generative ■ Addicted to health ■ Task Sharing fra operatori sanitari DSM-DP e COT ■ Teleprevenzione delle ricadute ■ Verso una comunità locale per la salute mentale: il modello della prescrizione sociale

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
SISS, Società Italiana Sociologia della Salute

Comitato esecutivo

Teo Vignoli
Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL della Romagna, Rimini
Alessio Saponaro
*Regione Emilia-Romagna, Settore Assistenza territoriale
Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri*
Paolo Ugolini
SISS, Società Italiana Sociologia della Salute

Comitato scientifico e di redazione

Luca Brambatti, *NPIA, AUSL Piacenza*
Stefano Costa, *NPIA, AUSL Bologna*
Dorella Costi, *Direzione Generale AUSL Reggio Emilia*
Giancarlo Gibertoni, *DSM-DP Modena*
Simona Guerzoni, *Azienda Ospedaliera-Universitaria di Modena*
Marco Menchetti, *Università degli Studi di Bologna*
Luana Oddi, *SerDP, AUSL Reggio Emilia*
Monica Pacetti, *CSM Forlì, AUSL della Romagna*
Maria Teresa Paladino, *Regione Emilia-Romagna*
Antonia Restori, *DSM DP, AUSL Parma*
Cristina Sorio, *DSM-DP, AUSL Ferrara*

Comitato consultivo

Massimo Rossetti, *Direttore DSM-DP Piacenza*
Pietro Pellegrini, *Direttore DAISM-DP Parma*
Gian Maria Galeazzi, *Direttore DSM-DP Reggio Emilia*
Fabrizio Starace, *Direttore DSM-DP Modena*
Fabio Lucchi, *Direttore DSM-DP Bologna*
Alba Natali, *Direttore DSM-DP Imola*
Franca Emanuelli, *Direttore DAISM-DP Ferrara*
Antonella Mastrocola, *F.F. Direttore DSM-DP Ravenna*
Michele Sanza, *Direttore DSM-DP Forlì-Cesena*
Francesco Sartini, *Direttore DSM-DP Rimini*

Segreteria organizzativa

Claudia Nerozzi
tel. 051 5277072
claudia.nerozzi@regione.emilia-romagna.it
Paolo Ugolini
cell. 334 6205675
paolougolini.studiosociologia@gmail.com

Sito web SESTANTE

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/la-rivista-sestante>

Foto di copertina:

Autore sconosciuto
Copyright © 2024 Bubola & Naibo s.r.l.

Grafica e impaginazione:

www.stilgrafcesena.com

Stampa:

Centro stampa AUSL della Romagna - Cesena

SESTANTE 14 è stato curato da:

Luca Brambatti (NPIA AUSL PC)
Giancarlo Gibertoni (CSM AUSL MO)
Barbara Leonardi (Regione ER)
Fabio Lucchi (DSM DP AUSL BO)
Paolo Ugolini (Direttore SESTANTE)

Dal Decreto alla Comunità

Nuovi standard organizzativi per la Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri

Alessio Saponaro, Fabia Franchi,
Luca Brambatti, Giancarlo Gibertoni,
Barbara Leonardi, Fabio Lucchi, Paolo Ugolini

Premessa

Il Decreto ministeriale n. 77/2022 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” rappresenta la struttura portante della riforma del sistema di assistenza sanitaria territoriale italiana, ed è parte integrante delle azioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con l’obiettivo di migliorare l’efficacia, l’efficienza e l’accessibilità dei servizi sanitari offerti ai cittadini. Una riforma ambiziosa che mira a implementare l’assistenza territoriale, con un forte accento sulla collaborazione interdisciplinare, la digitalizzazione e l’accessibilità dei servizi. Il fine ultimo del Decreto è quello di:

- aumentare l’efficienza dell’assistenza sanitaria alle persone attraverso l’integrazione dei servizi socio-sanitari e sanitari (entro il fine ultimo di un intervento olistico sul paziente);
- garantire la continuità delle cure tra ospedale e territorio attraverso le Centrali Operative Territoriali (COT), in particolare per pazienti fragili e con cronicità, grazie alla strutturazione di servizi prossimi ai cittadini;
- e, non per ultimo, individuare standard uniformi su aspetti tecnologici, strutturali e organizzativi da garantire su tutto il territorio nazionale.

Tutte le Regioni italiane stanno lavorando sull’implementazione delle azioni previste dal decreto, con diversi livelli di priorità sui progetti. La Regione Emilia-Romagna è sicuramente tra le Regioni più virtuose sia in merito al numero di Case della Comunità (CdC) attivate, sia in termini di approccio al supporto alle attività, così come descritto chiaramente nella formazione della Casa Community Lab (saggio Vivoli et altri).

Con il DM 77/2022 si ribadisce l’importanza di un approccio multiprofessionale (équipe) e di presa in carico globale della persona, “con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità (Planetary Health)”, includendo anche la presenza dei servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza. La CdC è il modello organizzativo “che rende concreta l’assistenza di prossimità per la

Rif.
Alessio Saponaro, *Sociologo sanitario*,
Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri,
Settore Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna
051 5277478
alessio.saponaro@regione.emilia-romagna.it

popolazione di riferimento”. È il luogo dove gli assistiti possono entrare facilmente in contatto con i servizi per l’assistenza, sociale, sanitaria e socio-sanitaria.

Particolare importanza riveste lo schema dei Servizi previsti da standard nelle CdC (Tab. 4 del DM77), dove i Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza sono “raccomandati” sia per la CdC *Hub* sia per la CdC *Spoke*. Di fatto, è stata fatta la scelta di riservare l’approfondimento dei Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche a provvedimenti successivi. Le disposizioni dettate dal Decreto in oggetto sulla Salute mentale e le Dipendenze patologiche riguardano diversi punti chiave e strategici, per uno sviluppo dell’ambito:

- necessità di integrare i servizi di Salute mentale e Dipendenze con gli altri servizi sanitari e sociali allo scopo di una presa in cura globale e continua;
- offerta di risposte nell’arco delle 24 ore facilitando l’accesso a cure tempestive e appropriate;
- coordinamento delle COT anche nell’integrare servizi sanitari e sociosanitari, (inclusi quelli di salute mentale), finalizzati alla continuità delle cure e alla gestione dei casi complessi;
- sviluppo della Telemedicina Salute mentale, permettendo consulti a distanza e monitoraggio continuo dei pazienti. Anche in questo caso la Regione Emilia-Romagna può vantare una esperienza considerevole, anche in merito ai risultati ottenuti (vedi saggio di Gibertoni et altri).

Sono interventi che mirano a migliorare l’accessibilità e la qualità delle cure, riducendo le disuguaglianze e promuovendo un approccio più integrato e olistico.

Altro tema importante è il ruolo della Psicologia nello sviluppo del progetto sulle CdC. Gli psicologi sono inclusi in tutti i team multidisciplinari per affrontare una vasta gamma di problematiche, dalla gestione dello stress e dell’ansia alla consulenza per disturbi più gravi. Lo psicologo è chiaramente definito come una delle figure professionali che costituiscono l’équipe multiprofessionale della CdC, con il compito di essere il “referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto”, quindi con una attenzione agli stessi utenti e ai caregiver.

Vi è da sottolineare che nel complesso DM77 non vi è nessun accenno all’organizzazione e al funzionamento dei Servizi di Salute nelle carceri, che resta una tematica da sviluppare nelle strategie e negli sviluppi dei decreti successivi.

Il DM sugli standard per la Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri

Il DM 77/2022 sulla riforma dell’assistenza territoriale, come sopra descritto, delinea dei livelli di funzionamento dei Servizi di Salute mentale, Dipendenze e Salute nelle carceri, senza entrare nell’aspetto organizzativo e strutturale. Di fatto

la “riforma” di questo ambito è stata demandata ad un documento successivo, con il compito di definire, e aggiornare nel tempo, standard di riferimento e modelli organizzativi. È stato dato un incarico all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) che ha coordinato un gruppo di esperti di Regioni, Ministero della Salute, PON-GOV (Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale), con l’obiettivo di definire standard organizzativi e personale per i Servizi di Salute mentale, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e Salute nelle carceri. In definitiva, il gruppo ha avuto il compito di proporre un documento tecnico, da approvare con un nuovo decreto ministeriale, che esplicitasse e dettagliasse standard di riferimento che nel DM 77/2022 non sono stati chiaramente definiti. È per questo che tra gli addetti ai lavori è stato definito il “DM 77bis”, proprio per dare il senso con la continuità e lo sviluppo di una ambito importante non completamente articolato nel decreto precedente.

Nel suo saggio, Enrichens ha riportato fedelmente il processo di lavoro che ha portato a un documento che è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni con l’Intesa del 21 dicembre 2022 ad oggetto “*Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN*”, all’interno del quale è contenuta la sezione dedicata a salute mentale e dipendenze “*Standard per l’assistenza territoriale dei Servizi Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e Salute nelle carceri*”, firmato dal *Ministro della Salute il 9 gennaio 2023* e dal *Ministro dell’Economia e delle Finanze il 24 gennaio 2023*.

Considerando l’impatto della psicopatologia, sia per i servizi per minori sia per adulti, l’obiettivo del nuovo DM è di “garantire, l’integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/2022, al fine di migliorare la qualità e l’appropriatezza dell’assistenza”, con standard da raggiungere entro il 2026, cioè l’arco temporale di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Standard organizzativi

Il nuovo decreto chiarisce che l’assistenza sanitaria per Salute mentale, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infanzia e adolescenza e Salute nelle carceri è assicurata, in ciascuna Regione, attraverso servizi di base e specialistici organizzati in *quattro diversi livelli* ben descritti nel saggio di Enrichens. Sicuramente il *Livello 1 di consultazione ed assistenza primaria* è la funzione più importante prevista nel nuovo decreto, una nuova attività da garantire nelle CdC, in “stretta collaborazione” con la medicina di base (MMG e PLS) e con altri professionisti. È l’ambito più

innovativo sul quale non vengono fornite indicazioni specifiche, in quanto è lasciato a livello locale la definizione di “modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022”. Le troppe differenze esistenti nelle Regioni in tema di salute mentale e dipendenze patologiche, avrebbe reso ancora più difficile l’individuazione di standard comuni tra le Regioni.

È un ambito sperimentale che vede le singole Regioni attuare dei modelli di funzionamento e di collaborazione, rimandando alle valutazioni sul livello di applicazione e di realizzazione. Per i Servizi di Salute mentale e Dipendenze della Regione Emilia-Romagna rappresenta una importante possibilità di rivedere il proprio modello organizzativo, operando in termini preventivi, non solo attraverso la definizione di interventi precoci, ma di operare in appropriatezza per gli invii verso il 2° livello, rappresentato dai CSM, SerDP, NPIA e servizi di psicologia.

Standard di personale

Le normative sugli standard di personale per i Servizi del DSM-DP risultano alquanto datate e non in linea con le evoluzioni delle attività dei Servizi dipendenze patologiche (Ser “D”) che trattano nuove patologie come gioco d’azzardo, alcoldipendenza e psicopatologia dell’adolescenza, e non più solo le tossicodipendenze (Ser “T”). Per la salute mentale gli standard di personale sono quelli relativi al DPR 10 novembre 1999 (progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000) e al DM 444 del 1990 per i servizi per le “tossicodipendenze”. Gli standard di personale definiti nel DM 24 gennaio 2023 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, definiscono il fabbisogno di personale per i tre Servizi del DSM-DP esclusivamente per il livello 1 (consultazione ed assistenza primaria) e di Livello 2 (presa in carico per episodi di cura), lasciando ad ogni Regione la regolazione degli standard di personale necessario per i livelli residenziali e specialistici dei livelli 3 e 4 (il livello ospedaliero è regolato dal DM 70/2015). E questo ancora una volta renderà evidente, nel corso del tempo, l’efficacia di alcune proposte tra Regioni che punteranno maggiormente sulla valorizzazione della dimensione territoriale e quelle che orienteranno i trattamenti sui livelli residenziali e di alta specializzazione.

Salute in carcere

Il DM 24 gennaio 2023 regola anche gli standard di riferimento nell’ambito della Salute nelle carceri, che rientra pienamente nella medicina del territorio e nella rete dei servizi sanitari aziendali, con l’obiettivo di tutelare la salute delle persone detenute. Anche in questo caso sono state strutturati quattro diversi livelli di assistenza, che devono essere sviluppati in ogni Regione:

1. L’assistenza primaria, in collaborazione con le CdC, la medicina del territorio e la rete ospedaliera.
2. La presa in carico della persona attraverso la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI).
3. L’offerta di assistenza intensiva in grado di offrire cure specialistiche anche extraospedaliere.
4. La rete di offerte di servizi specialistici (ATSM, SAI).

Il ruolo della psicologia

Vi è una contraddizione evidente tra i due decreti ministeriali che regolano gli standard e il funzionamento delle Case della Comunità per la salute mentale. Il DM77 ha evidenziato l’importante ruolo della psicologia nella CdC. Psicologhe e psicologi non solo sono membri effettivi del funzionamento delle *équipe* multidisciplinari ma hanno, tra gli altri, un ruolo fondamentale nel promuovere l’inclusione sociale e nel fronteggiare i cosiddetti “disturbi emotivi comuni” quali ansia e depressione, oltre che realizzare un orientamento verso i servizi di secondo livello. Nessuna menzione è stata fatta nel DM 24 gennaio 2023 sugli standard di salute mentale e dipendenze, perdendo da un lato una rilevante opportunità di puntare sulla prevenzione. Una direzione diversa è stata percorsa dalla Regione Emilia-Romagna; dopo due anni di sperimentazione presso diverse Aziende USL, ha approvato le Linee di indirizzo per l’implementazione della psicologia nelle Case della Comunità (DGR 2185/2023) (Nanni et altri).

Conclusioni

Il DM del 24 gennaio 2023 rappresenta un considerevole passo in avanti per i Servizi di Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri. Integrare le attività di questi servizi nella Casa della comunità rappresenta un modello di assistenza che può migliorare significativamente la qualità della vita delle persone, promuovendo una salute mentale positiva e sostenibile, soprattutto per quattro motivazioni:

- *Prevenzione, prossimità e intervento precoce.*
Le attività nelle Case della Comunità facilitano l’accesso e la prossimità ai servizi, permettendo di intercettare e trattare le diverse problematiche prima che diventino gravi.
- *Multidisciplinarietà e integrazione tra servizi.*
La presenza di diverse figure professionali può contribuire a sviluppare sia la cura della salute olistica della persona sia la fondamentale interazione con i Servizi sociali e sociosanitari.
- *Riduzione dello stigma.*
La presenza di attività di Salute mentale e dipendenze nelle comunità aiuta a normalizzare la ricerca di aiuto e a

ridurre lo stigma associato a questa tipologia di problematiche.

- *Impatto sui servizi e risparmio economico.*

Investire nella salute mentale nelle Case della Comunità può portare a risparmi significativi per il sistema sanitario, riducendo la necessità di trattamenti più costosi e complessi in futuro.

Resta un compito rilevante in questo quadro: valutare l'applicazione e l'impatto nel tempo del decreto ministeriale sui servizi dei DSM-DP e sui servizi di salute nelle carceri.

Welfare di prossimità e discontinuità paradigmatiche nelle Case della Comunità

Primi passi di un percorso di transizione nel territorio parmense

Marco Ingrosso

ABSTRACT

L'articolo esamina il profondo cambio d'epoca in atto, per molti aspetti ancora indecifrabile negli esiti finali, alimentato da diversi eventi globali e di cui la pandemia da Covid-19 è stata il detonatore. È in questo contesto che è andato emergendo a livello internazionale, nel corso degli ultimi anni, un nuovo paradigma dell'assistenza territoriale denominato "sanità di prossimità", che propone un modello di organizzazione dei servizi sanitari ispirato alla PHC e centrato sulla vicinanza al cittadino, sia in termini culturali che logistici. La proposta della Case della Comunità italiane, si situa in questo trend europeo mutuando intenzionalità già presenti nella istituzione della Case della Salute, ma che richiedono oggi nuovi paradigmi operativi e una nuova sintesi delle istanze basilari sul tappeto a cui dare risposta congiunta. Il percorso di attuazione del DM 77 è stato finora molto contrastato, tuttavia vi sono Regioni e territori che hanno avviato sperimentazioni e percorsi preparatori. L'articolo illustra, nella parte conclusiva, il percorso di accompagnamento in atto nel territorio parmense iniziato con l'ascolto dei principali attori operanti sul campo e coinvolti nella sperimentazione. Sulla base delle indicazioni emergenti, è stato impostato un intervento formativo in cinque territori attualmente in corso.

Dal "welfare di cittadinanza" alla svolta mercatista

Per capire meglio il passaggio storico in atto verso un *welfare di prossimità* (detto anche "di comunità", "generativo", "della cura complessa e collaborativa", ecc.), avviatosi negli anni post-pandemici fra molti contrasti e con esiti finali ancora non definiti, è bene riandare ai due passaggi precedenti, marcati – alla fine degli anni '70 – dal varo del SSN nel quadro di un "welfare di cittadinanza" (poi ulteriormente articolato nel corso degli anni '80) e dalla "svolta mercatista" (a partire dagli anni '90 fino al primo decennio degli anni

Rif.
Marco Ingrosso,
sociologo della salute e della cura,
già PO Università di Ferrara
marco.ingrosso@unife.it

duemila), nel solco dell'incipiente globalizzazione dei mercati, che aveva posto come riferimento la figura del *cliente* (Bauman, 2007), consumatore di servizi sanitari distribuiti e venduti da una molteplicità di "aziende" ad amministrazione pubblica o privata (fra loro poste in concorrenza).

Come si ricorderà, l'avvio del Servizio Sanitario su base nazionale si collocava in anni di intense e profonde riforme culturali e organizzative che erano partite dai settori maggiormente arretrati e segreganti – come gli ospedali psichiatrici, i brefotrofi e orfanotrofi, gli istituti specializzati per "minorati" sensoriali – sviluppando politiche inclusive, servizi distribuiti nei territori, sostegni basati su "diritti" e riconoscimenti di dignità. La struttura generale del sistema si reggeva su un'ampia disponibilità di strutture ospedaliere (gerarchizzate fra loro), la definizione di una rete generalizzata di medici "di base", la creazione di servizi "dedicati" collocati nei territori (consultori, centri di igiene mentale, servizi di neuropsichiatria infantile, ecc.), la creazione di servizi "di prevenzione" (centri vaccinali, uffici di educazione sanitaria, ambulatori di sorveglianza oncologica, centri per la prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro, ecc.). Ogni "avente diritto" poteva richiedere – potenzialmente – l'intervento del sanitario o del servizio di cui aveva "bisogno". Un bisogno, tuttavia, strettamente categorizzato e pre-definito per categorie di utenti. Nella dominante società industriale-tardomoderna, dunque, ogni cittadino, grazie alla propria specifica condizione sociale, poteva usufruire di un pacchetto di servizi "dedicati" a specifici target. La struttura burocratica delle varie unità operative – gestita da dirigenti e operatori – aveva come unico regolatore l'intervento politico-centrale "di riforma", senza che il cittadino-utente avesse una qualche diretta e decentrata "voce in capitolo".

Nella successiva società globalizzata, affluente e neo-liberista, che si afferma nel corso degli anni '90 del novecento, si compie un radiale cambio politico-culturale che mette al centro l'acquisizione individuale di beni posizionali e "di successo", piuttosto che la distribuzione universalistica di beni pubblici. Il soggetto è stimolato ad una continua richiesta di beni personali capaci di soddisfare il suo desiderio narcisistico di riconoscimento sociale. Anche le prestazioni sanitarie più avanzate, tecnologiche e "di eccellenza" rientrano presto in questo meccanismo che stimola la crescita del settore privato, ma investe trasversalmente anche il "quasi-mercato" dei servizi aziendali pubblici. Si capisce allora perché categorie professionali come i medici generalisti e di base siano da molti snobbati in quanto destinati a regolare i "cancelli d'entrata" verso i settori specializzati più ambiti. O come mai altri ambiti sanitari pubblici (quali la salute mentale e la

neuropsichiatria infantile) vengano percepiti come "residuali" o "sociali", in quanto dedicati a situazioni marginali non rientranti nei circuiti affluenti e ipertecnologici.

1. Crisi pandemica e prospettiva della "salute di prossimità"

In un paio di decenni circa, tuttavia, la grande spinta della globalizzazione dei mercati (che aveva coinvolto sempre più paesi proiettandoli in una nuova dimensione mondiale e di diffusione dei consumi) incontra degli "imprevisti" strutturali e genera situazioni "fuori controllo" (Eriksen, 2017). Il "risveglio" si materializza con gli attentati alle *Torri gemelle* di New York l'11 settembre 2001 e con la grande crisi economico-borsistica del 2010/11 che porta a cambi di governo e di immaginario sociale in molti paesi occidentali e non solo. Dalla grande "apertura" ai mercati globalizzati si passa al prevalere di istanze difensive, "sovraniste", isolazioniste, post-democratiche in larghe fasce di popolazione che temono gli esiti della internazionalizzazione mercatista "sregolata". Di qui la percezione di "invasione" da parte di flussi di immigrazione, nonché la diffusa la sensazione di insicurezza in un mondo che spesso sembra andare fuori asse e in surriscaldamento, come si percepisce in ambito climatico e con l'avvento di virulente infezioni globali che culminano (fino ad oggi) nella *pandemia* da virus Covid-19. Inoltre, con il succedersi di tanti conflitti regionali che alimentano una "terza guerra mondiale a pezzi" (Papa Francesco, 2020) che culminano (finora) nell'invasione dell'Ucraina e nel conflitto Hamas-Israele in corso (con varie estensioni anche ad altri paesi, come il Libano, l'Iran, lo Yemen). In tal modo, si rompe definitivamente l'assetto della globalizzazione estensiva e mercatista per entrare in un contesto sociale della società-mondo molto più frammentato, conflittuale e negoziato, in cui tuttavia non mancano le problematiche comuni alla "comunità di destino terrestre" (Morin, 2020a) che, tuttavia, trovano difficoltà crescenti ad essere affrontate in modo condiviso sul piano internazionale¹.

Pur in un quadro così fosco, incerto e problematico non mancano segnali diversi che intendono avviare soluzioni condivise e regolamentate alle principali questioni poste sul tappeto. In particolare, la pandemia da Covid-19 ha mobilitato un grandioso sforzo della Comunità europea per infrastrutturare i paesi meno pronti e attrezzati, *in primis* l'Italia. L'azione *NextGenerationEU* ha messo a disposizione (fra finanziamenti a fondo perduto e prestiti) oltre duemila

Note

1 Mi riferisco, in particolare, agli Accordi sul clima (COP) e a quelli in corso sull'Intelligenza Artificiale e sul Trattato Pandemico [*International Negotiating Body*].

miliardi nell'arco di otto anni (2021-2027), di cui oltre 222 mld all'Italia suddivisi in sei Missioni. Una tale concentrazione di investimenti ha un solo precedente nel Piano Marshall post-bellico, il che dice chiaramente del passaggio d'epoca che esso intende marcare. Si tratta dunque di una macro-risposta strutturale al maggiore evento globale e "totale" degli ultimi decenni (Gaille e Terral, 2021; Manghi, 2023), una sorta di "new beginning", "cambio di strada" (Morin, 2020b) e "deuteroapprendimento" (Bateson, 1976; Ingrosso, 2022) che si imponeva per la forza delle cose. Tanto più che da tempo si parlava della necessità di ripensare i servizi di welfare per dare una risposta alla massiccia transizione epidemiologica e demografica in atto, ma anche per stabilire nuove relazioni di cura fra una popolazione sempre più informata ed "esigente" e i tanti professionisti della cura non sempre sufficientemente riconosciuti e valorizzati (Alastra, Bronzini e Ingrosso, 2022). La pandemia metteva in luce la grande carenza di un nuovo assetto territoriale che fosse in grado di garantire una maggiore *preparedness* anti-infettiva, una maggiore presa in carico della domanda sanitaria da parte dei servizi territoriali rispetto al sovraccarico ospedaliero, un maggiore coordinamento di tutte le risorse umane, tecnologiche e economiche esistenti, una maggiore prossimità e accessibilità dei servizi. Al contempo si prospettava, da parte di importanti correnti urbanistiche e politico-culturali, l'avvio di un nuovo assetto delle città, ritornando a focalizzarsi su quartieri più vivibili, sicuri, ambientalmente sostenibili, attrezzati e resilienti (Manzini, 2021). Di qui l'avvio o la ripresa in molti paesi europei – e non solo – di una nuova generazione di servizi e assetti urbanistici centrati sui quartieri e sulle comunità locali. Come ha affermato Giarelli (2023): «A livello internazionale, è andato emergendo nel corso degli ultimi anni un nuovo paradigma dell'assistenza territoriale denominato "sanità di prossimità", che propone un modello di organizzazione dei servizi sanitari ispirato alla PHC e centrato sulla vicinanza al cittadino, sia in termini culturali che logistici, in modo da renderli più facilmente fruibili e maggiormente appropriati. Le *Equipas básicas de salud* e i *Políclinicos* cubani, i *Centros de salud* spagnoli, gli *Health centres* e le *Community pharmacies* britannici, i *Terveysasema* (Centri sanitari) finlandesi, i *Vårdcentral* (Centri di cura) svedesi, le *Maisons de santé* francesi, i *Community health centers* statunitensi [...] sono tutte esperienze di prossimità assistenziale che mostrano quanto variegata e articolata a seconda dei diversi contesti storici locali può essere la realizzazione dell'approccio di PHC» (si v. anche Zanella, 2022).

Tirando le somme del ragionamento fin qui svolto, la pandemia è stata il detonatore di un profondo cambio d'epoca (alimentato da diversi eventi che si stanno

succedendo da un ventennio), un cambio che richiede una sorta di *nuovo inizio* alimentato da istanze plurime già operanti e che si sono concretizzate in esperienze presenti in diversi paesi orientate dalla prospettiva della "salute di prossimità". È dunque in questo contesto che si situa la proposta della *Case della Comunità* (CdC) italiane, non a caso concepita come prima risposta strutturale alla pandemia, mutuando intenzionalità già presenti nella istituzione della *Case della Salute* (CdS), ma che richiedono oggi nuovi paradigmi operativi e una nuova sintesi delle istanze basilari sul tappeto a cui dare risposta congiunta.

2. Le discontinuità paradigmatiche delle Case della Comunità

Il vivace dibattito svolto nel nostro paese sulla riforma dell'assistenza territoriale² è oscillato fra posizioni riduzioniste volte a conservare molto dell'esistente – al fine di mantenere la sanità territoriale nel solco della tradizionale separatezza settoriale – e orientamenti "sistemici" volti ad aprire la strada ad una visione connessionista, processuale e multidimensionale della cura. Secondo la prima versione (a volte implicita, a volte diversamente motivata) il SSN si salva immettendo maggiori risorse nello stesso contenitore, pagando meglio il personale, operando in termini di ulteriore razionalizzazione e "guida" degli stili di vita della popolazione. La seconda istanza ritiene invece che, per mantenere reali e operanti i valori ispirativi del SSN, si debbano introdurre profonde riforme culturali, metodologiche e organizzative passando da un assetto prettamente prestativo, d'attesa, medicalizzato, ospedalocentrico ad un altro che operi per processi di cura, reti di servizi, collaborazioni multiprofessionali, con metodi di lavoro pro-attivi, di prossimità, d'iniziativa, sviluppando interventi aventi una forte impronta salutogenica (generatrice di salute), ricostruttrice dei legami comunitari, ecologica (*One Health*), eco-sociale. Superando dunque, in prospettiva, l'attuale separatezza istituzionale e professionale per arrivare ad un assetto complessivo di "welfare di prossimità".

Come ho motivato in diversi scritti (Ingrosso, 2022; 2023; 2024b), solo un'applicazione sufficientemente estensiva, motivata e condivisa della seconda istanza, basata sul coinvolgimento dei professionisti e delle popolazioni locali, pare in grado di interrompere il trend involutivo che sta coinvolgendo i professionisti, le strutture, i cittadini mettendo in discussione il patto istitutivo del SSN. Se non si mette mano ad un nuovo disegno che vada incontro alle

Note

² Si v., ad esempio, gli interventi sul *Quotidiano Sanità* e i vari numeri monografici di *Sistema Salute* (3/2021; 3 e 4/2022; 1/2023) e *Autonomie locali e Servizi sociali* (1/2023).

istanze di fondo di questa fase storica³, difficilmente la struttura attuale del SSN sarà in grado di affrontare il cambio d'epoca in corso.

3. Sperimentazioni e percorsi preparatori

Nonostante le rilevanti ragioni storico-culturali che sono retrostanti agli orientamenti verso il welfare di prossimità, il cammino delle CdC in Italia è stato finora molto contrastato. Il cambio di governo (da Draghi a Meloni in data 22 ottobre 2022) ha portato ad un ridimensionamento delle risorse impiegate in sanità e ad una revisione restrittiva della Missione 6 del PNRR: in particolare delle 1430 CdC indicate dalle Regioni si è passati alle 936 previste dalla revisione governativa del PNRR (agosto 2023). Conseguentemente anche tutte le altre infrastrutture previste sono state proporzionalmente ridimensionate (compresa la telemedicina). Anche diverse Regioni sono state poco attive in questo settore, non facendo seguire interventi preparatori alla richiesta di nuove strutture. Solo la Regione Emilia-Romagna e la Toscana hanno cercato di coinvolgere le categorie professionali e le comunità locali (rispettivamente con gli *Stati Generali della Salute di Comunità* e i *Cantieri della Salute*) in un percorso di riflessione e preparazione comune.

Tuttavia si deve anche rilevare che, nonostante il clima politico-culturale poco favorevole, vi sono una serie di territori e attori sociali che sono partiti con iniziative ispirate dal DM 77, come risulta da alcune prime indagini (Lonati, 2024) e da altre rilevazioni in corso. Lo stesso si può dire delle categorie professionali: alcune interessate ad approfondire le nuove prospettive (es. psicologi di base, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali, giovani medici, professionisti della salute mentale, ecc.) e altre spesso divise al loro interno, ma molto resistenti e diffidenti verso dei prospettati cambiamenti rilevanti di scenario (in particolare diversi sindacati dei medici di MG e Ordini dei Medici). Per molti aspetti si può dire che ci si trova in uno spartiacque o in un tiro alla fune a distanza fra favorevoli e contrari, introducendo un ulteriore motivo di preoccupazione relativamente alla “tenuta” e sostenibilità socio-economica del SSN.

La presenza di sperimentazioni e percorsi preparatori in diversi territori testimonia che vi è una richiesta di innovazione fondata e matura a livello istituzionale, professionale e negli ambiti della cittadinanza attiva. Inoltre, che si dovrebbe procedere per sperimentazioni concrete sul campo coinvolgendo tutti gli attori significativi, piuttosto che in discussioni pregiudiziali o silenzi imbarazzati che fanno barriera a qualunque soluzione innovativa plasmata sulle specificità territoriali. Nel paragrafo che segue cercherò di dare conto brevemente di un percorso preparatorio in atto

nel territorio dell'Ausl di Parma che sta coinvolgendo sia le istituzioni sia molti degli attori sociali rilevanti.

3.1. Primi passi del percorso di transizione nel territorio parmense

Una prima novità istituzionale del caso parmense è stata quella di coinvolgere le Istituzioni pubbliche e il Terzo settore in un progetto di transizione condiviso. Tramite una “Lettera di Intenti” sottoscritta il 27 settembre 2022 è stato costituito un *Comitato di Indirizzo*⁴ allo scopo di attuare un percorso di formazione permanente a supporto della transizione da Case della Salute a Case della Comunità nel territorio parmense. Il Comitato di Indirizzo ha nominato un *Gruppo di Progetto* con funzioni operative composto da professionisti, esperti, responsabili istituzionali e rappresentanti del Terzo Settore che ha definito e avviato un percorso di ricerca-formazione-accompagnamento orientato a tale scopo. Il percorso ipotizzato da tale Gruppo si sviluppa in cinque fasi: a) *analisi del contesto*; b) *progettazione degli interventi*; c) *realizzazione degli interventi*; d) *valutazione*; e) *analisi replicabilità ed elaborazione del modello*.

Relativamente all'analisi del contesto, si è deciso di prendere come riferimento l'intero ambito territoriale definito dai quattro Distretti della Provincia di Parma, e più specificamente di considerare un campione di cinque CdS esistenti e in via di trasformazione in Case della Comunità. A fianco di un'analisi di dati conoscitivi di tipo sociodemografico, epidemiologico e degli accessi ai servizi sanitari e sociali, si è deciso di intraprendere una campagna di interviste agli attori chiave sia distrettuali sia operanti nelle Case al fine di avere un primo panorama degli orientamenti, problematiche e attese presenti fra coloro che operano sul campo. Sono stati scelti trentuno intervistati suddivisi fra area dirigenziale, area professionale e area di attori comunitari. La prima area comprendeva Direttori di Distretto, Direttori di UOC Cure Primarie, Direttori di Dipartimenti ospedalieri; la seconda includeva Medici di Medicina Generale, Coordinatori

Note

3 In particolare: la transizione demografica ed epidemiologica; la questione dell'inclusione sociale e della prossimità delle cure; l'istanza della personalizzazione, dialogicità e co-produzione delle relazioni di cura (Pellegrini, Ceroni *et al.*, 2019); l'adeguato utilizzo delle tecnologie; l'inversione degli orientamenti sociali iper-individualizzanti ricucendo reti e istanze comunitarie; la sostenibilità sociale ed economica delle politiche di welfare; la vivibilità e sostenibilità ambientale degli spazi urbani, fra quelle prioritarie.

4 Il *Comitato di Indirizzo* è composto da rappresentanti dell'AUSL, dell'AOU, dell'Università, del Comune di Parma, oltre che da referenti dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia e dalla Direttrice del Centro di Formazione e Ricerca su Organizzazione, Qualità e Sostenibilità dei Sistemi Sanitari dell'Università di Parma.

infermieristici e delle professioni sanitarie (alcuni territoriali e alcuni ospedalieri), Responsabili del Servizio sociale; la terza comprendeva Referenti del volontariato e dei Comitati Consultivi Misti, Dirigenti scolastici di zona, Amministratori di Enti locali⁵.

Per quanto riguarda l'area dirigenziale, si può affermare che i tre sottogruppi analizzati arrivano all'appuntamento del passaggio al nuovo assetto con *visioni, orientamenti e priorità ampiamente diversificate*. Prevale negli ultimi due la scarsa conoscenza del nuovo assetto, ma mentre il secondo gruppo (Dirigenti delle Cure Primarie) pare disponibile ad un "aggiornamento" della propria visione, nel terzo gruppo (Dirigenti ospedalieri) prevalgono le *percezioni pregresse solidificate* e la difficoltà di smuovere la netta centratura sul lavoro sanitario monoprofessionale. Vi è tuttavia la consapevolezza che l'attuale distanza ospedale-territorio non è più sostenibile e uno scambio «s'ha da fare».

Per quanto riguarda la diversificata area professionale, nel *gruppo medico* si nota una chiara differenza di orientamenti fra coloro che sono insoddisfatti del presente – per cui rimpiangono il passato del proprio ruolo – e chi guarda in avanti valorizzando la centralità della persona in cura e la collaborazione auspicata con gli altri professionisti e attori comunitari. Nell'area infermieristica si è constatato che prevale un certo scetticismo e delusione per ciò che si iniziato ma non è stato portato a buon fine. Infatti, molti processi collaborativi già avviati in passato sono bloccati, ci si conosce poco fra le varie professioni – specie fra mondo ospedaliero e attori territoriali – per cui si manifestano dubbi sugli esiti del nuovo assetto. In positivo si afferma che è necessario essere proattivi nei confronti della cittadinanza e comunità (al contrario di ciò che è avvenuto nelle CdS); inoltre si devono introdurre nuove metodologie e orientamenti culturali per fare un salto di qualità. Tutte le professioni devono essere coinvolte e trattate alla pari.

Venendo all'area degli attori comunitari, il volontariato implicato intende porsi come ponte verso l'area professionale sia nell'ascolto che nel dare risposte alla popolazione. Vari attori di quest'area si rendono disponibili a collaborare a progetti comuni, disponibilità che andrebbero colte con adeguate metodologie di *community building and engagement* (Longo e Barsanti, 2021). Al contempo il *volontariato necessita di essere sostenuto* per adattarsi ai mutamenti in corso e *richiede un suo reindirizzamento* a sostegno delle comunità. Ci si aspetta di avere spazi operativi e di legittimazione nelle CdC. Inoltre, di essere coinvolti nella progettazione e *governance* delle stesse. Le scuole si dichiarano disponibili a sviluppare progetti locali di promozione della salute con giovani e cittadini.

Sulla base di queste considerazioni, ci sembra di poter sostenere che le CdC dovrebbero costituirsi come "mente

collettiva" capace di considerare la complessità dei bisogni della popolazione, ma anche le problematiche dei vari attori componenti e collaboranti al fine di indirizzare i processi sociali locali secondo opportune ecologie d'azione.

3.2. Indicazioni emergenti e intervento formativo

Tirando le somme dell'analisi compiuta e ponendosi nella prospettiva di un accompagnamento mirato delle varie componenti nella transizione alle nuove CdC, si possano evidenziare diverse esigenze poste dagli intervistati di tipo: *a) conoscitivo; b) motivazionale; c) relazionale; d) di apprendimento su orientamenti e metodi*.

Per quanto riguarda gli *aspetti conoscitivi*, si può notare che non tutti le componenti possiedono le medesime informazioni sul nuovo assetto previsto dal DM 77. Un altro aspetto evidenziato da diversi intervistati è quello delle scarse conoscenze che il proprio gruppo professionale possiede rispetto agli altri interlocutori con cui finora ha poco interagito.

Per quanto riguarda il *piano motivazionale*, si constata che molti operatori esprimono un sentire deluso e guardingo in ragione di innovazioni che si sono avviate in passato ma non sono andate a buon fine. Pesa anche la svalutazione percepita della propria professione e del sistema di servizi in cui si è inseriti. Date queste perplessità e resistenze, si tratta di partire da questo vissuto per elaborarlo al fine di acquisire fiducia e nuova motivazione per affrontare il percorso comune che si sta avviando.

Il tema della *collaborazione e coordinamento interprofessionale* è presente a tutti gli intervistati, ma alcuni temono che questo comporti degli aggravati operativi o un non riconoscimento delle proprie specificità e autonomie professionali. Altri attori che si aspettano di essere legittimati e valorizzati dalle altre componenti sono quelli di terzo settore e in generale comunitari che finora si sentono messi in secondo piano e interpellati solo esecutivamente su progetti comunicati a posteriori. Allo stesso modo, se si vuole coinvolgere la cittadinanza, diversi intervistati chiedono che si organizzino iniziative proattive e non solo di attesa o di sportello.

Venendo al punto dell'*acquisizione di competenze su orientamenti e metodi*, diversi intervistati segnalano l'esigenza di introdurre nuove modalità di lavoro e nuovi paradigmi: in particolare, si tratta di passare da una logica di tipo prestazionale nel campo sanitario e sociale a una di

Note

5 Per una descrizione più ampia e particolareggiata di questa ricerca si v. Ingrosso, Garofano, Moi et al. (2024).

tipo multidimensionale e processuale. I temi della domiciliarità e prossimità pure comportano un'uscita sul territorio e la creazione di nuove reti sociali e fiduciarie. Lo stesso dicasi per il coinvolgimento e lo sviluppo di comunità, evocato da alcuni interventi, settore finora assente, che necessita di nuove competenze e saperi professionali poco presenti e praticati sia in campo sociale sia, ancor più, in campo sanitario. Altri interventi citano poi i temi dell'utilizzo delle nuove tecnologie digitali da immettere rispettando le dimensioni relazionali del lavoro di cura. Su un altro versante, la promozione della salute e di stili di vita sani in un'ottica *One Health* richiede lo sviluppo di orientamenti e strumenti metodologici più coinvolgenti di quelli finora usati. In definitiva, l'ascolto degli attori principali operanti nelle cinque situazioni individuate fornisce numerose indicazioni valide per lo sviluppo di opportuni interventi situati di formazione e accompagnamento da mettere in campo nella prossima fase di sviluppo al fine di aprire una nuova stagione di riforme dell'assetto socio-sanitario nel territorio parmense. Sulla base di tali premesse, è stato concepito un intervento formativo che si articola in tre momenti principali: *il primo*, di carattere introduttivo e informativo dedicato all'esplorazione dei contenuti del DM 77, al modello organizzativo delle CdC e alle sue interazioni con gli altri elementi del paesaggio sanitario e sociale con riferimento al contesto provinciale; *il secondo* centrato sullo sviluppo di *capitale relazionale* all'interno dei gruppi composti da professionisti e operatori sanitari, sociali, del terzo settore, del volontariato e della scuola che già "abitano" una CdC oppure che svolgono la loro attività nel suo territorio di riferimento. Utilizzando metodologie e strumenti diversificati, questa fase dell'intervento mira a sviluppare competenze (come per esempio: "lavoro di gruppo e cooperazione", "spirito di iniziativa", "flessibilità", ecc.) per aumentare l'interprofessionalità, l'intersettorialità, l'orientamento al cittadino, la partecipazione sociale e l'ingaggio della comunità; *il terzo* si pone l'obiettivo di supportare la concezione e la successiva realizzazione di *progettualità specifiche* da parte dei gruppi volte ad introdurre, in maniera permanente, meccanismi operativi che consentano di tradurre sul campo uno o più dei seguenti obiettivi dello sviluppo delle CdC: *a) Punto unico di accesso all'assistenza sanitaria e sociosanitaria; b) Progettazione e sviluppo di percorsi per giovani fragili e vulnerabili; c) Presa in carico della cronicità e della fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa; d) Sviluppo del ruolo dell'Infermiere di famiglia e comunità; e) Definizione e sviluppo di équipe multiprofessionali; f) Progettazione e sviluppo di azioni di ascolto, dialogo e partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e dei caregiver.*

Il percorso formativo si svilupperà nel corso del 2024 e coinvolgerà circa cento professionisti afferenti all'area sanitaria, del sociale, del terzo settore e della scuola. È previsto un *milestone* intermedio a giugno 2024 di riflessione, verifica e contaminazione reciproca rispetto al livello di maturazione delle relazioni all'interno dei gruppi e sullo stato di avanzamento delle progettualità da queste elaborate.

Bibliografia

- Alastra V., Bronzini M. e Ingrosso M., a cura (2022), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie: ricerche, progetti, esperienze*, FrancoAngeli, Milano.
- Bateson G. (1976), *Le categorie logiche dell'apprendimento e della comunicazione*, in Id., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bauman Z. (2007), *Homo consumens*, Erickson, Trento.
- Eriksen T. H. (2017), *Fuori controllo. Un'antropologia del cambiamento accelerato*, Einaudi, Torino.
- Gaïlle M., Terral Ph., eds. (2021), *Pandémie. Un fait social total*, Editions CNRS, Paris.
- Giarelli G. (2023), *La salute di prossimità. Un modello possibile per una ricalibratura dell'assistenza sanitaria territoriale*, in M. Ingrosso (a cura), *Percorsi verso le Case della Comunità*, op. cit..
- Ingrosso M. (2022), *Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità*, in «Sistema Salute», 66, 1.
- Ingrosso M. (2023), *La prospettiva di welfare community nella progettazione e sperimentazione delle Case della Comunità*, «Autonomie locali e servizi sociali», 1.
- Ingrosso M., a cura (2024a), *Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni*, Cultura e Salute Editore, Perugia.
- Ingrosso M. (2024b), *Disegno e linee portanti delle Case della Comunità: valutazioni e prospettive*, in Id. (a cura), *Percorsi verso le Case della Comunità*, op. cit..
- Ingrosso M., Garofano M., Moi G. et al. (2024), *La transizione dalle Case della Salute alle Case della Comunità nel territorio parmense: primi passi di un percorso di accompagnamento*, in M. Ingrosso (a cura), *Percorsi verso le Case della Comunità*, op. cit..
- Lonati F. (2024), *Il cammino verso le Case della Comunità*, in M. Ingrosso (a cura), *Percorsi verso le Case della Comunità*, op. cit..
- Longo F. e Barsanti S., a cura (2021), *Community building: logiche e strumenti di management*, Egea, Milano.
- Manghi S. (2024), *La rilevanza dei saperi relazionali nelle Case della Comunità*, in M. Ingrosso (a cura), *Percorsi verso le Case della Comunità*, op. cit..
- Manzini E. (2021), *Abitare la prossimità. Idee per la città dei 15 minuti*, Egea, Milano.
- Morin E. (2020a), *La fraternità, perché? Resistere alla crudeltà del mondo*, Editrice Ave, Roma.
- Morin E. (2020b), *Cambiamo strada. Le 15 lezioni del Coronavirus*, Cortina, Milano.
- Papa Francesco (2020), *"Fratelli tutti". Lettera enciclica sulla fraternità e l'amicizia sociale*, Libreria Editrice Vaticana, Roma.
- Pellegrini P., Ceroni P., Dall'Aglio R. e Soncini C., a cura (2019), *Soggetto, persona, cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia-Romagna*, Ed. Alpha Beta, Merano.
- Zanella R. (2022), *Salute di prossimità*, Il Pensiero Scientifico ed., Roma.

Al lavoro per un SSN più efficiente, efficace e vicino a territori e cittadini

Attività e progetti del PON-GOV tra PNNR e DM77 per implementare l'assistenza territoriale nella salute mentale

Francesco Enrichens

ABSTRACT

L'articolo ripercorre alcune tappe del lavoro svolto a livello nazionale tra Agenas, Ministero della Salute, Regioni ed altri importanti interlocutori per produrre un potenziamento della sanità territoriale che è diventato parte integrante del PNNR e del DM 77. Inoltre ripercorre il coinvolgimento ed il contributo della Salute Mentale, con particolare focus sulla elaborazione dell'importante documento che definisce gli Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale.

11

Introduzione

In virtù dell'Accordo con il Ministero della Salute, stipulato ai sensi del comma 6, art. 5 del D. Lgs. 50/2016 il 24 ottobre 2018 in regime di partenariato pubblico-pubblico ed operativo a partire dal 4 febbraio 2019 con scadenza 30 settembre 2023, AGENAS ha collaborato alla realizzazione delle attività del Progetto "PON GOV Cronicità - Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT (Information Communication Technology)". Il Progetto ha avuto durata quinquennale (2018-2023), finanziato dal Fondo Sociale Europeo a valere sui fondi destinati al Programma Operativo Nazionale Governance (PON GOV), Asse I, ob. 3.2.

Il progetto risponde all'obiettivo generale di promuovere la riorganizzazione dei processi di gestione della cronicità tramite l'utilizzo delle tecnologie digitali attraverso la definizione, il trasferimento ed il supporto all'adozione, in ambito regionale, di un insieme di strumenti metodologici e operativi comuni, volti a supportare la definizione di modelli innovativi di gestione della cronicità, la ricognizione delle azioni di cambiamento necessarie alla loro attuazione, la pianificazione e la realizzazione di investimenti e di interventi di adozione, nonché la definizione di appropriate strategie di change management.

Il progetto, che per la parte tecnico-scientifica è stato coordinato dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

Rif.
Francesco Enrichens,
project Manager Progetto PON GOV Cronicità,
Portale della Trasparenza Agenas,
Membro del Tavolo Ministeriale per le cronicità DM 70 e 77
fenrichens@virgilio.it

Regionali (AGENAS), ha avuto la straordinaria possibilità di lavorare con il Ministero della Salute, le Regioni, i Comuni, le principali società scientifiche, rappresentanti dei Cittadini e tanti collaboratori e portatori di buone pratiche che hanno costituito una “Comunità di Pratica”, che ha avuto il grande merito, ma anche la fortuna e l’opportunità, di fornire materiale, idee e confronto per la costruzione del PNRR missione 6 e della “milestone” di questo, il DM 77/2022, inizialmente inteso dagli addetti ai lavori come DM 71/2022 in quanto considerato lo strumento necessario per integrare la parte mancante del DM 70/2015 (quest’ultimo più incentrato sulla rete ospedaliera e sulla emergenza-urgenza) e cioè l’implementazione della rete territoriale, la organizzazione dei servizi sociosanitari del Distretto con l’obiettivo di una vera presa in carico del cittadino sul territorio.

12

1. Il Pon Gov e gli interventi per il potenziamento dell’assistenza territoriale

L’attività del Pon Gov Cronicità è iniziata nel 2018 e si è incentrata sull’emersione delle buone pratiche nelle varie Regioni in tema di ICT e Cronicità e come detto dal lavoro svolto è emersa una comunità di pratica di oltre un migliaio di persone che è riuscita a mettere a sistema, anche grazie alle piattaforme tecnologiche, un interscambio di informazioni unico e formidabile.

L’attenzione del Pon Gov si è focalizzata principalmente su cinque tematiche fondamentali su cui si è sviluppato il lavoro degli attori del progetto:

1. le fragilità nella rete della emergenza urgenza;
2. la telemedicina in tutte le sue forme;
3. la definizione di principi di una più completa la presa in carico della cronicità così come definita nel Piano Nazionale della Cronicità (accordo Stato Regioni del 15 Settembre 2016) anche attraverso l’elaborazione di specifici PDTA;
4. l’assistenza domiciliare;
5. le fragilità specifiche (intese anche come salute mentale adulti, neuropsichiatria infantile, dipendenze e salute nelle carceri).

Questo lavoro sta confluendo nel portale della trasparenza del PNNR gestito da Agenas, arricchito anche dal continuo lavoro che si sta svolgendo nella individuazione di buone pratiche sociosanitarie da parte dell’Osservatorio Sociosanitario istituito grazie alla convenzione tra Agenas, Federsanità e ANCI. Le buone pratiche individuate sono ormai oltre un centinaio tra cui, ad esempio, per quanto riguarda la Salute Mentale, il progetto di implementazione della Telemedicina applicata alla salute nelle carceri per persone detenute presso la Casa Circondariale di Ferrara da parte del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze patologiche e della Specialistica Ambulatoriale. Oppure, eg, il progetto della ASL Roma 4 il cui obiettivo

generale è promuovere l’inclusione sociale delle persone con disturbi mentali e carenza di risorse sociali per realizzare un modello di presa in carico e una rete territoriale a supporto delle persone disagiate con disturbi mentali e/o dipendenze (*hard-to-reach*) e «invisibili» (*hidden population*). Grazie all’Osservatorio con Anci e Federsanità, le buone pratiche sociosanitarie stanno aumentando e così si accresce sempre più la Comunità di Pratica. Per questo si rimanda al Manuale PonGov 2023 scaricabile dal sito AGENAS. (Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità: Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l’implementazione del PNRR Versione aggiornata a settembre 2023).

2. Il documento “Standard per l’assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e Salute in carcere” (allegato Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2022) con, in appendice, il “Metodo per la determinazione del fabbisogno del personale del SSN”

2.1. La storia del documento

Vorrei mettere l’accento sull’importanza per la Salute Mentale di questo documento, per il quale i lavori iniziarono a settembre 2020 nell’ambito, appunto, del progetto PONGOV Cronicità di Agenas, che, come detto, aveva l’obiettivo di fornire strategie per promuovere la riorganizzazione dei processi di gestione della cronicità tramite l’uso delle tecnologie digitali. Per realizzare questo obiettivo, il progetto intendeva sostenere e accompagnare, mediante un processo *bottom-up*, la riorganizzazione territoriale delle Regioni nella transizione digitale legata all’assistenza territoriale attraverso l’individuazione di indicatori di misurabilità finalizzati alla elaborazione di standard per l’organizzazione della rete dei Servizi del territorio quali Consultori, DSM, Servizi di medicina penitenziaria e l’elaborazione di standard di personale. La cronicità era il punto di partenza affiancato dalla necessità di prevedere una regia unica territoriale comprendenti tutte le fragilità, ed in grado possibilmente anche di programmare interventi di prevenzione. Questo si è estrinsecato, ad esempio, all’interno del DM 77, nel modello organizzativo della COT, che abbraccia tutte le funzioni del territorio, nessuna esclusa (Fig. 1).

In questo ambito, uno dei temi sensibili affrontati allora fu quello dei diversi modelli regionali di integrazione tra sanitario e sociale per la presa in carico della complessità dei pazienti cronico-fragili, così da promuovere interventi più efficaci. Era previsto il disegno di una gestione razionale basata su obiettivi sociosanitari e non solo sociali o sanitari, possibilmente attraverso un’azione anche sulle diverse fonti di finanziamento.

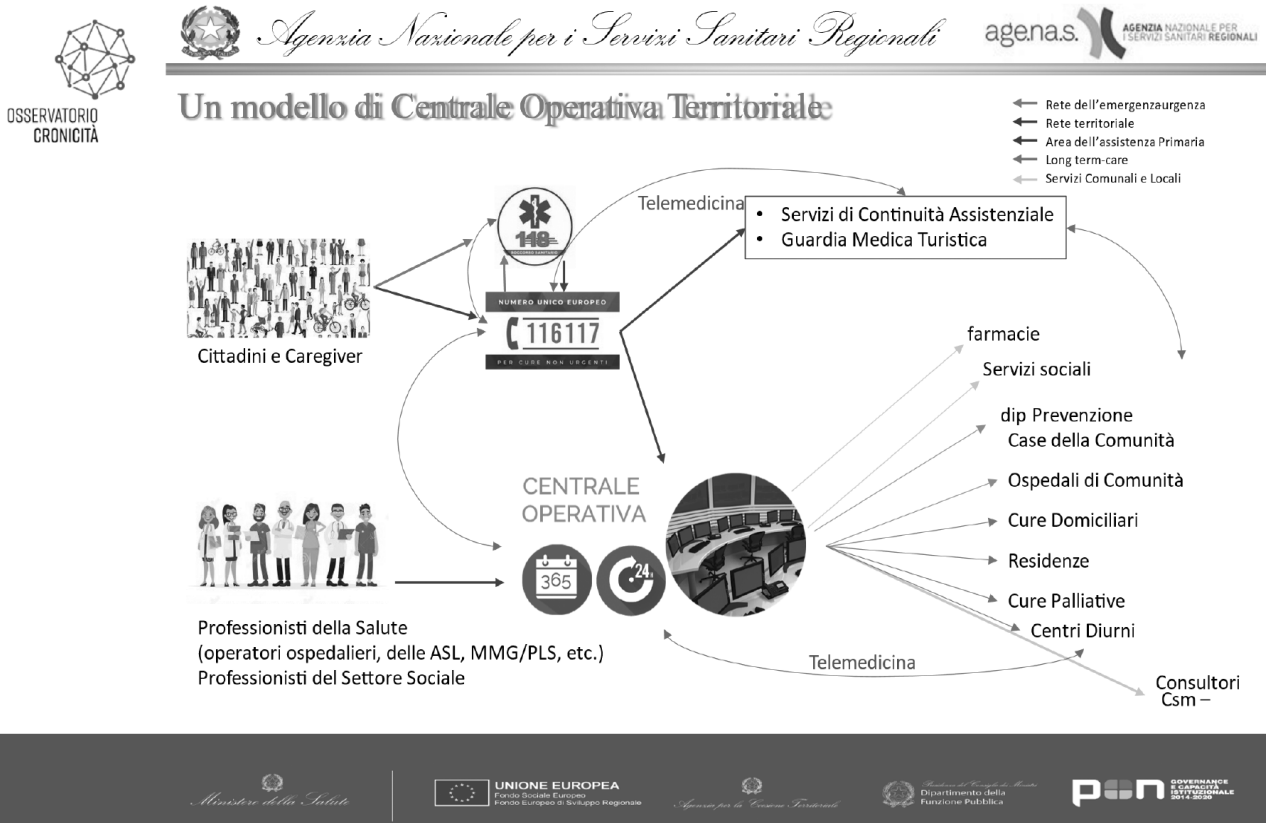


Fig. 1 - Un Modello di Centrale operativa territoriale – Agenas per il DM77.

Nella prima fase, grazie alla intuizione di Angelo Fioritti che ha elaborato il modello multipiramide, (Fig. 2), ispirandosi al modello Stepped Care. è stato condiviso il modello organizzativo che ha fatto da cornice alla successiva impostazione del lavoro per le diverse Aree.

Il modello delineava un'organizzazione che include reti locali articolate in quattro livelli in modo da dare risposte differenziate per livelli di intensità e complessità assistenziale crescente. Questa base organizzativa comune ha

costituito un elemento unificante per le successive elaborazioni, finalizzate a migliorare l'integrazione dei Servizi. Successivamente il documento è stato arricchito dalla definizione di fabbisogni e standard di personale per le diverse discipline, infine, in accordo con Il Ministero dell'Economia e Finanze, il Ministero della Salute ed Agenas, il documento è stato approvato ed allegato al documento, secondo me di portata storica, dell'Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2022.

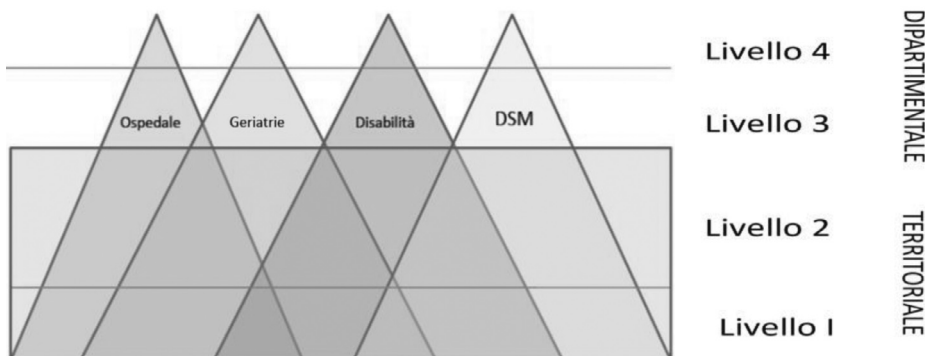


Fig. 2 - Modello Multipiramide (A. Fioritti).

QUALIFICA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Confronto 2022 vs 2015
MEDICO	5.870	5.331	4.947	5.341	5.289	5.321	5.187	5.007	-17,2%
DI CUI PSICHIATRI	3.444	3.545	3.146	3.436	3.730	3.647	3.128	3.240	-6,3%
PSICOLOGO	2.115	2.026	1.653	2.009	1.944	2.058	2.368	2.223	4,9%
PERSONALE INFERMIERISTICO	13.910	12.880	11.834	12.877	12.899	12.787	12.705	12.183	-14,2%
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	244	317	283	408	376	468	615	617	60,5%
EDUCATORE PROFESSIONALE	1.643	1.564	1.570	1.750	1.784	2.104	2.112	2.219	26,0%
OTA/O.S.S.	2.958	2.962	2.734	3.080	3.228	3.450	3.685	3.345	11,6%
ASSISTENTE SOCIALE	1.344	1.290	1.080	1.196	1.152	1.229	1.335	1.203	-11,7%
SOCIOLOGO	70	78	68	60	83	48	49	56	-25,0%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1.163	790	667	723	692	785	763	794	-46,5%
ALTRO	2.269	1.454	1.380	1.367	1.360	1.535	1.282	1.480	-53,3%
TOTALE	35.030	32.237	29.362	32.247	32.537	33.432	33.229	32.367	-8,2%

Tab. 1 - Situazione del personale al 2022 (conto economico). Personale del dipartimento di salute mentale per qualifica.
Fonte: Conto Annuale – Tabella 1D dal 31/12/2015 al 31/12/2022.

Per il lavoro e l’impegno, in qualità di Coordinatore del gruppo vorrei ringraziare i componenti: Angela Bravi, Caterina Corbascio, Angelo Fioritti, Maria Assunta Giannini, Carola Magni, Tommaso Maniscalco, Rosanna Mariniello, Felice Nava, Giuseppe Quintavalle, Paola Sacchi, Giuseppe Salamina, Alessio Saponaro, Fabrizio Starace, Marco Nuti, Simone Furfaro, Guido Faillace, Alfio Lucchini, Elisa Fazzi, Antonella Costantino.

2.2. L’importanza del documento

La portata del documento è, a mio avviso, enorme: per la prima volta dal 1994 per la Salute mentale e per la prima volta in assoluto per gli altri Servizi, si definisce un modello organizzativo condiviso e omogeneo e degli standard di personale di riferimento su cui lavorare come punto di partenza per tutti. Voglio innanzitutto fare notare che esso prevede un nuovo metodo di definizione degli standard di personale attraverso una sperimentazione di tre anni che fa superare il fatidico tetto che limita la spesa ai valori del 2004 diminuiti dell’1,4 per cento, con variazioni minime determinate da successivi aggiustamenti nel 2018. Il nuovo modello, sancito in via sperimentale per tre anni tra MEF, MDS, Agenas e Regioni, per la prima volta si avvale di calcolo dei fabbisogni e quindi sulle reali necessità laddove è necessario erogare i servizi.

Nel corso degli anni, infatti, la situazione per la maggior parte delle figure professionali ha visto una progressiva diminuzione (Tab. 1).

Con i nuovi standard sarà possibile riparametrare i fabbisogni in un contesto di omogeneità e di riequilibrio tra le diverse regioni.

A dare valore a quanto detto sopra, e quasi in continuità con il lavoro svolto, nel Disegno di Legge che è stato approvato in Consiglio dei Ministri il 4/6/24, recante Misure di garanzia per l’erogazione delle prestazioni sanitarie, vi sono contenute anche, all’articolo 13, “Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale” che in sintesi mira a garantire un adeguato potenziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dai Dipartimenti di salute mentale, in aggiunta a quanto previsto in attuazione del Programma nazionale equità per la salute 2021-2027, ed autorizza, a decorrere dal 2026, per un triennio, la spesa di 60 milioni di euro, per la realizzazione di specifici obiettivi di potenziamento dei DSM. Per garantirne l’attuazione, inoltre, le regioni sono autorizzate ad assumere personale. Ma vorrei soffermarmi ancora su alcuni aspetti che potranno avere un grande impatto per la Salute Mentale. Infatti l’allegato fornisce la necessaria metodologia organizzativa di integrazione della salute mentale al DM 77, in coerenza con quanto previsto dal “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, che supera il modello per singolo servizio e favorisce un approccio multidisciplinare, integrato e centrato sulla persona. Nello specifico, il documento propone un modello assistenziale per le aree salute mentale adulti, neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e dipendenze patologiche basato su 4 livelli assistenziali a intensità/complessità crescente:

1. Livello di consultazione ed assistenza primaria: la funzione viene garantita all’interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG e con tutti gli operatori che garantiranno le attività di individuazione precoce e di primo

intervento secondo le modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022.

2. Livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine, assicurati da Centri di Salute Mentale (CSM), Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e Servizi per le Dipendenze (SerDP);

3. Livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale, garantito dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dai reparti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), da unità di offerte ospedaliere dedicate alla disintossicazione da alcol o sostanze, dalle strutture residenziali terapeutiche specifiche per ciascun settore, dai presidi per le dipendenze e di psichiatria penitenziaria nelle case circondariali e negli istituti penali minorili;

4. Livello delle reti specialistiche di Area Vasta, regionali o interregionali, comprendente servizi sovrazionali per i Disturbi dell'alimentazione e della Nutrizione, le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), i Centri di riferimento sovrazionali per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva di cui all'Intesa in Conferenza Unificata del 25 luglio 2019 (Rep. Atti n. 70/CU), servizi sanitari e sociosanitari specialistici per le disabilità intellettive e l'autismo.

Perciò fermo restando l'autonomia regionale/provinciale in ambito di organizzazione sanitaria e sociosanitaria, è importante che l'organizzazione definita garantisca il coordinamento delle risorse umane e strumentali in modo da garantire la multidisciplinarietà dell'intervento e la continuità assistenziale. A tal fine, la riorganizzazione della rete territoriale, definita con il DM 77/22 e con l'Accordo in Conferenza Unificata del 21 dicembre u.s., individua la Casa della Comunità come luogo fisico di prossimità in cui si realizza l'integrazione tra i servizi afferenti all'area dell'assistenza primaria e i servizi specialistici di secondo livello (CSM, SerD, NPIA) e attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi innovativi (come la Centrale Operativa Territoriale) e strumenti di telemedicina si garantisce la presa in carico delle persone fragili e la loro transizione verso i servizi assistenziali idonei ai loro bisogni sulla base del livello di complessità espresso.

Conclusioni

In base alla mia esperienza di facilitatore organizzativo, e quindi esterno al mondo della Salute Mentale come formazione, posso affermare che per il Ministero della Salute, Agenas e le società scientifiche, la salute mentale ha rappresentato, nella programmazione del DM 77, e poi anche nelle successive norme, un modello molto importante di approccio sociosanitario di presa in carico globale, proprio in virtù di una ultra quarantennale esperienza acquisita nel corso dell'applicazione della legge 180 dal 1978 ad oggi.

Infatti, come è noto, i DSM hanno generato sistemi complessi e diversificati, assai più articolati rispetto agli altri Servizi Sanitari, proprio per la necessità di prendere in carico situazioni cliniche ma anche sociali molto complesse. Anche negli ultimi decreti e documenti una delle idee ispiratrici era che la salute mentale potesse avere un ruolo fondante nella riorganizzazione della complessità delle attività territoriali volte alla salute dei cittadini per l'ispirarsi a modelli di prevenzione, prossimità, presa in cura, medicina di iniziativa che devono fare parte di un moderno SSN equo e sostenibile, uscendo dallo stigma ancora mai completamente superato, in primis rispetto alla allocazione dei servizi presso le case di comunità, e poi in relazione al concetto che la salute mentale non è solo approccio alle patologie ma fa parte di un approccio sano e precoce a stili di vita virtuosi e rispettosi dell'assunto della OMS che vede la salute non come mera assenza di malattia ma come benessere sociale, fisico e mentale.

Bibliografia

LOGICHE E STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ: Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR Versione aggiornata a settembre 2023.

Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute in carcere", Allegato B in Accordo Stato-Regioni del 21 Dicembre 2022, con, in appendice, il "Metodo per la determinazione del fabbisogno del personale del SSN".

DM 70 2015.

DM 77 2022.

DISEGNO DI LEGGE RECANTE MISURE DI GARANZIA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E ALTRE DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA, CdM 4/6/2024.

Servizi di comunità e prossimità: ripensare a nuove fondamenta

A cura di
Antonia Restori
Paolo Ugolini

16

Intervista a **Pietro Pellegrini**

Medico psichiatra e psicoterapeuta, dal 2012 è Direttore del DAI-SMDP dell'AUSL di Parma. Dal luglio 2022 è anche Subcommissario Sanitario. Nel 2015 ha attivato la REMS di Casale di Mezzani e nel 2021 è stato membro della Cabina di Regia presso Agenas per la lista di attesa nelle REMS. Collabora con l'Istituto Superiore di Sanità nel progetto "Persona, individuo, cittadino" per il Budget di salute. Autore di 270 pubblicazioni.

Il comitato scientifico e di redazione di Sestante dedica questo numero "LA SFIDA DELLA CASA DELLA COMUNITÀ" come parte fondamentale degli obiettivi del Decreto Ministeriale 77/2022; il Decreto, infatti, prevede un auspicabile potenziamento dell'assistenza territoriale mediante una maggiore integrazione con le cure primarie, i vari servizi e Dipartimenti, l'area sociale, le associazioni e la cittadinanza. In questo quadro, l'intervista al Direttore DAI-SMDP/AUSL di Parma per una lettura di *total quality* dal lato della direzione.

D.1. Gentile Direttore, pensando a un nuovo modello di integrazione territoriale della Salute Mentale post DM77/2022, dal suo punto di osservazione, quale fase si sta attraversando del lungo percorso di riorganizzazione dei Servizi del DSM-DP?

R.1. Siamo in una fase che richiede la progettazione dei Servizi di Salute Mentale per il futuro. Sulla base della legge 180/1978 è stata realizzata, nel 1999, la chiusura degli Ospedali Psichiatrici e in applicazione della legge 81/2014 anche di quelli Giudiziari (2017). Dagli anni 70 si è sviluppata una rete dei servizi in larga parte territoriali, Centri di Salute Mentale, Residenze e Semiresidenze ed una parte più limitata di tipo ospedaliero, SPDC, SPOI e con Ospedalità Privata Accreditata. Dal 1997 si sono sviluppate collaborazioni con le Coop. Sociali sia per chiudere OP e OPG sia per promuovere interventi con Budget di Salute. Dopo anni di proroghe degli affidamenti diretti, nel 2015 è stato deliberato l'Accordo Quadro che scade il 30 giugno 2024. A fine 2022 si è attivato il processo di co-progettazione che ha portato alla costituzione dell'Albo degli ETS. Alcune co-progettazioni sono

Rif.
Antonia Restori, *psicologa*,
Comitato scientifico e di Redazione SESTANTE
0521 396987
arestori@ausl.pr.it

state attivate nel corso del 2023 (Centro Formazione e Inclusione di Vigheffio, Fornovo e Parma). Adesso dobbiamo completare la coprogettazione 2024 e porre le basi per i prossimi 10 anni. La prospettiva che può essere tracciata è quella di avere Servizi ospedalieri per Emergenza Urgenza, diagnosi e trattamenti intensivi, di articolare la cura secondo PDTA che possono anche prevedere fasi ospedaliere o residenziali (come ad esempio nei DCA, dipendenza da eroina, ed al.) ma siano fortemente connessi con i CSM e con quelli che vanno costruiti per il futuro cioè i Servizi di Comunità e Prossimità, almeno uno per ogni Distretto (2 per Parma) e continuare a sviluppare i Progetti Personalizzati con Budget di Salute. La sfida è la trasformazione del mandato della residenzialità sociosanitaria che, pur essendo stata importante per il superamento degli OP, oggi vede sempre più limiti specie nel dare risposte ai nuovi bisogni. Un processo che è in parte già in atto con una interpretazione nuova dell'abitare e con i progetti con Budget di Salute.

D.2. Crede sia importante ripensare quindi anche la residenzialità sociosanitaria così come è stata concepita fino ad oggi?

R.2. Certamente, in questa prospettiva va orientata larga parte della residenzialità (recovery istituzionale), passando dal modello alberghiero-gruppale, regressivo-invalidante e diritti diminuiti/limitati a quello della vita indipendente, personalizzato, evolutivo-capacitante basato sul diritto alla casa, come primo luogo di cura e di vita, all'autodeterminazione del progetto di vita nella comunità chiamata attivamente a sviluppare il capitale sociale per prendersi cura, educare, abilitare. Questa linea è resa necessaria sia dai nuovi bisogni della salute mentale che dalle variazioni sociali (aumento delle famiglie monocomponenti, della solitudine e isolamento-abbandono, multiculturalità). Elementi che sono resi ancora più evidenti dalla fase pandemica, nella quale le diverse crisi portano a frammentazione dei legami sociali, a problemi della convivenza in ambito familiare e sociale, crisi della partecipazione ai processi democratici.

D.3. La complessità delle forme di disagio e sofferenza delle persone e dei sistemi familiari rende quindi necessario un ripensamento degli stessi luoghi di cura e della partecipazione più ampia di una comunità curante?

R.3. Sul piano dell'epidemiologia psichiatrica, ad una relativa stabilità delle psicosi classiche si assiste ad un aumento delle dipendenze patologiche e comportamenti auto e etero aggressivi; incremento dei disordini di personalità; tentativi di suicidio soprattutto nelle nuove generazioni ma soprattutto ad un aumento della com-

plexità, tanto da parlare di multicomplexità, nella quale coesistono e si influenzano reciprocamente patologie croniche, disturbi mentali, problemi relazionali e dei care giver, disagio sociale, abitativo, lavorativo e talora anche misure giudiziarie. D'altra parte il Chronic Care Model evidenzia che tutta la cronicità può essere gestita a domicilio o comunque con interventi incentrati sull'abitare un alloggio personalizzato. Un cambio di paradigma fondamentale per la cura ma anche per il rispetto dei diritti. In questo quadro occorre passare dall'inadeguato modello domanda-offerta, applicabile dove è possibile la standardizzazione a quello fondato su bisogni-risorse basato sulla coprogettazione, la personalizzazione nella comunità. Questo dà alla persona il riconoscimento dell'identità e il senso di appartenenza ed è alla base di un orientamento secondo il quale nessuno deve essere abbandonato o allontanato dalla comunità, che con tale impegno evidenzia la sua qualità e competenza di fronte ai problemi che la riguardano e di tutte le persone che la compongono. Le persone e le comunità sono coproduttori della salute e del benessere, piuttosto che essere recettori dei servizi, e potenzia o rafforza, di conseguenza, la capacità delle comunità di controllare e determinare anche il loro futuro. Per rendere effettiva accoglienza, appartenenza e partecipazione occorre leggere in modo congiunto i bisogni e definire insieme le risorse.

D.4. Come potrebbero essere coniugate in termini pratici i concetti di "accoglienza", "appartenenza" e "partecipazione"?

R.4. La coesistenza dei diversi bisogni è alla base di una visione che implica una responsabilizzazione di tutti i servizi e delle diverse agenzie e al contempo chiama la persona ad essere protagonista e responsabile del proprio progetto di vita nella comunità. Persona che è molto di più e di diverso dai suoi disturbi. Occorre focalizzarsi sui punti di forza, le potenzialità piuttosto che sui limiti, le disabilità, le carenze e i deficit. Su come insieme si può costruire benessere e dare senso alla vita nonostante la malattia (recovery). Definire insieme le risorse vuol dire che la costruzione del budget non è predeterminata ex ante ma rappresenta un processo dinamico ed evolutivo nel quale ciascuno concorre alla sua definizione e costituzione. Compresa la persona al fine di realizzare il proprio progetto di vita. La principale risorsa è costituita dalle persone con le loro relazioni a partire da quelle familiari, convivenze ed altre ancora.

D.5. In che modo secondo lei potrebbero essere implementate le azioni a favore della vita di comunità?

R.5. Le risorse per i Servizi di Comunità e Prossimità, oltre a quelli istituzionali, possono aumentare mediante la connettanza, la deistituzionalizzazione, la coproduzione.

Uno, la connettanza è quel fenomeno per il quale il collegamento reciproco tra due nodi può creare contatti più intensi ed efficaci, può costruire nuove connessioni, può promuovere nuove aggregazioni cioè nuovi nodi. La trama può svilupparsi anche in modo creativo, inventivo e sperimentale. La salute mentale è competenza di tutti: dai sanitari a partire dal medico di base, ma riguarda anche i diversi specialisti (si pensi all'importanza in cardiologia, oncologia ecc.) ma anche dai servizi sociali, dalle scuole, università, i luoghi di lavoro e così via. Compresi gli istituti di pena, la strutture per anziani, per migranti. Talora le loro condizioni contrastano con la dignità e gli elementi e bisogni di base necessari per la salute mentale, quando non arrivano ad avere effetti patogeni. Due, la deistituzionalizzazione rappresenta la via non solo per una redistribuzione delle risorse ma per un loro utilizzo più efficace. Le istituzioni totali, oltre a ledere i diritti sono anche molto costose. La partecipazione in questa ottica è sia diritto che risorsa. Questa linea viene sostenuta dalla 180 e recentemente anche dalle Linee Guida delle Nazioni Unite. Terzo, la co-progettazione e co-produzione è un aspetto fondamentale per il futuro e si sviluppa se c'è condivisione tra tutte le parti sulla costruzione di un sistema fortemente radicato nel territorio. I principi che sono alla base della co-produzione sono l'essere, l'appartenere e fare assieme. Essere riconosciuto come persona nella comunità dà al tempo stesso identità e senso di appartenenza.

D.6. Sta proponendo una visione per la Salute Mentale che favorisce una apertura partecipata e responsabilizzata ai percorsi di cura riducendo i rischi di isolamento e ritiro sociale. Cosa ne pensa?

R.6. Questo approccio rilegge bisogni e risorse ed evita la privatizzazione della sofferenza portando a riconoscerne la valenza pubblica e il valore sociale. La sofferenza mentale non è un fattore che riguarda solo la persona che ne soffre o la esprime o la famiglia che è coinvolta, ma è qualcosa che riguarda tutta la comunità. La quale se non coinvolta e resa protagonista, sulla base della paura e dello stigma, può attivarsi chiedendo espulsioni, allontanamenti, emarginazioni in un processo di desertificazione relazionale e impoverimento interiore che rischia di essere pericoloso per le persone oltre ad alimentare il processo di neo-istituzionalizzazione. Favorire la partecipazione responsabile non solo istituzionale ma nella prossimità e nelle singole situazioni può sviluppare un atteggiamento solidale della comunità. Fare assieme è una parte essenziale della co-produzione e consente di creare una rete di contatti cui tutta la città prende parte, con lo spirito di lavorare "con" le persone e non "sulle" persone. In questo si sostanzia la cura di/nella comunità nella città abilitante.

D.7. Forse in questa visione di insieme possono innescarsi processi virtuosi di cura?

R.7. Alla base dell'intervento vi è il modello biopsicosociale, ambientale e culturale, nel quale i diversi fattori s'influenzano reciprocamente e non approcci riduzionisti e neopositivisti. Questo significa cogliere tutte le componenti della salute e del benessere, prendendo in considerazione gli aspetti biologici, genetici/epigenetici, quelli psicologici e sociali, compresi i determinanti sociali della salute. Un approccio basato sulla complessità e una visione olistica (One Health, Planetary Health) richiede una visione d'insieme nella quale sono inclusi e coesistono i diversi interventi, compresi quelli biologici fondati sulla responsabilizzazione, sulla partecipazione degli utenti, delle loro famiglie e degli operatori alle scelte nei e dei processi di cura.

D.8. Saprebbe indicare alcuni strumenti o approcci che possono accompagnare lo sviluppo di questo tipo di visione olistica?

R.8. Possono essere utili alcuni approcci già sperimentati quali il Budget di Salute, la comunità terapeutica democratica, il dialogo aperto, i gruppi multifamiliari, le esperienze di inserimento lavorativo, di automutuoaiuto e di coinvolgimento delle famiglie. I presupposti per i Servizi di Comunità e Prossimità sono la cultura e le prassi democratiche e dialogiche che promuovono la cooperazione e non la competizione. Sono fondamentali la fiducia e la speranza, le quali sono alla base della recovery e della resilienza. I Servizi di Comunità e Prossimità possono sviluppare la cultura della salute e del benessere sociale nella comunità locale, far crescere il patrimonio comunitario e una visione di insieme che eviti la frammentazione della società e dei servizi.

D.9. Occorre quindi poter ripensare anche a nuove forme di organizzazione dei Servizi di Salute Mentale, più connesse con il territorio e più fluide nei percorsi di cura?

R.9. Certamente, in questo quadro è necessaria una trasformazione anche del sistema di salute mentale che non può continuare a funzionare in modo ripetitivo secondo modalità fisse e rigidi confini, secondo un'organizzazione scaturita dalla 180. L'assetto dei servizi è storicamente determinato ed oggi occorre superare barriere, muri difensivi che di fatto sono sempre facilmente scavalcati visto che la sanità ha tra tutti i sistemi la più bassa soglia (il Pronto soccorso). Serve uscire dall'isolamento e dall'autostigma anche dei servizi. La salute mentale di comunità si basa su un pensiero che si riferisce alla "teoria del campo" dove tutto è connesso ed in interrelazione. In questo tutti, compresi i servizi del welfare devono porsi il tema della conoscenza

della comunità e di come interagiscono e si integrano tra di loro e nella comunità. Una relazione nella quale ciascuna organizzazione ETS ha proprie competenze e sulla base del rispetto reciproco si sviluppano relazioni paritarie. Anche con le persone con disturbi mentali, alle quali va sempre riconosciuta libertà, autodeterminazione, la capacità di prendersi responsabilità e di costruire insieme programmi di cura e progetti, piuttosto che pretendere accondiscendenza passiva o la dipendenza che i servizi, a volte, incoraggiano.

D.10. In questa prospettiva possiamo pensare a una comunità che attraverso le sue “ferite” impara a dialogare e diventa costruttrice di nuove e più estese reti di incontro sociale?

R.10. In effetti vanno praticate le relazioni per la connettività, dove oltre l’aspetto terapeutico con il paziente vi è anche l’obiettivo di raggiungere la comunità. Ogni caso complesso, difficile, è un problema ma anche una straordinaria occasione per costruire il nuovo, cambiare creativamente il sistema confrontandosi con il progetto di vita di quella specifica persona e della sua famiglia. È la misura di come rispetto ad essa i vari settori si relazionano, comunicano tra di loro e ampliano la partecipazione e la capacità di rispondere. Diventano quindi cruciali, come fattori terapeutici, le fragilità, le incertezze, le relazioni dei servizi di salute mentale con i servizi sociali e abitativi dei comuni, il volontariato, le comunità, le associazioni di utenti e familiari ma anche altri partner, imprenditori, sindacati, fondazioni, iniziative culturali e sportive tutte chiamate a partecipare all’esperienza di costruire salute e benessere. Tutti possono/devono partecipare alla costruzione della salute, sia mentale che fisica: è responsabilità di tutti, non soltanto di un individuo o di un servizio. Il coinvolgimento di tutti dà anche un senso di responsabilità e di appartenenza, aiuta a cambiare il senso, il modo di pensare rispetto alla salute mentale, che tante volte rende la persona incapace di prendere decisioni per la propria vita. Al contrario l’obiettivo è rendere la persona capace di prendere decisioni per sé e contribuire alla vita di tutti.

D.11 Intende forse una sorta di “postura Etica” del sistema Comunità curante?

R.11. Elemento fondamentale per co-costruire un percorso di cura è quello motivazionale. Per questo oltre all’approccio basato sul riconoscimento del disturbo e le necessità di trattamento (*insight* e adesione alle cure) seppure sostenuto mediante lo *sharing decision making* è necessario sviluppare quello basato sul progetto di Vita, sul benessere, sul senso della vita della persona e delle sue relazioni e attività, in cui inscrivere anche il disturbo letto in modo complesso,

comprendendone sia la sofferenza, sia gli aspetti protettivi e (mal)adattativi, sia i risvolti funzionali sul mondo interno e nelle relazioni. Disabilità, stigma e autostigma si alimentano anche attraverso i ripetuti fallimenti terapeutici e sociali. Per questo occorre essere riconosciuti, accolti e accompagnati restando a fianco, per dare senso alla vita, promuovendo diritti e rispetto dei doveri. In questo possono essere molto importanti l’auto-mutuo-aiuto, il dialogo aperto, gli approcci multifamiliari, il budget di salute, i programmi sociali e di gruppo, il coinvolgimento come operatori anche degli esperti per esperienza o orientatori sociali, che supportano gli utenti e tutte le altre strutture. Altre iniziative sono rilevanti: *Social prescribing, Recovery College, Visiting*.

D.12. Prima parlava della “Connettanza” come generatrice di nuove connessioni. Può spiegarcela meglio?

R.12. Connettanza consiste nello sviluppare e mappare le relazioni e rendere fruibile quanto è esistente e vedere insieme come sviluppare nuovi legami, connessioni, nodi, approfondire e migliorare le relazioni. Se la casa diviene il primo luogo di cura, il programma “Abitare in sicurezza, bellezza e armonia” risulta fondamentale per prevenire, anche con le nuove tecnologie, incidenti ma anche abbandono, degrado e solitudine. Significa anche affrontare i rischi, dividerli e vedere come gestirli. Accogliere il punto di vista dell’altro richiede di accettare il conflitto e il dissenso. Ed è all’interno della relazione di cura e nel contesto che si genera senso e maturano le decisioni, anche quelle più complesse e difficili. Per questo il Servizio di Comunità e Prossimità deve essere un punto di riferimento che dia sicurezza e crei il campo dove si attiva e prende vita la comunità, le sue articolazioni, i suoi cittadini. Così vengono messe le basi, perché la co-produzione si possa sviluppare creando accoglienza, formazione, lavoro, cultura, relazioni non solo per i malati ma per tutti.

D.13. La sensazione è che stia parlando di un nuovo modo di concepire la Salute Mentale.

R.13. La salute mentale è un diritto ed un bene comune che va continuamente promosso, tutelato, mantenuto, riprodotto. È un bene prezioso, essenziale ma potenzialmente fragile, che affonda le radici nell’umanità e nella cultura. Un bene che si sviluppa lentamente e può regredire, perché soggetto non solo a patologie ma anche a condizioni sociali, a condizionamenti, a stimoli (si pensi alle tecnologie), alle nuove culture. La co-progettazione e la co-produzione non viene fatta una volta per tutte ma è un processo continuo che va periodicamente rinnovato, ogni anno, per creare e mantenere il campo fertile e creare innovazioni e sperimentazioni utilizzando anche nuovi strumenti (coop. di

comunità, comunità energetiche, *home care technology*). La connettanza è al tempo stesso risultato e premessa di percorsi circolari di coprogettazione e co-produzione. In altre parole, a partire dall'esistente essa può creare il senso di auto-iniziativa, il senso di efficacia, un incremento progressivo dei ruoli di responsabilità all'interno della comunità, l'attivazione di altre risorse. Ogni ETS quindi diviene un produttore di salute e benessere mediante lo sviluppo di una serie di alleanze e la valorizzazione del contributo degli utenti, che possono diventare esperti per esperienza e orientatori sociali e quindi assistere i nuovi utenti, ma anche diventare operatori degli ETS e offrire servizi alla Comunità. Persone come risorsa. Nessuno è così malato o così malvagio da essere escluso dal contesto umano. Per sostenere questi processi è fondamentale la cultura e la formazione in tutte le sedi, mediante la metodologia del Recovery College, dell'apprendimento vivendo l'esperienza (*Living and Learning*) anche nei momenti informali, di gioco, di divertimento, nel trascorrere il tempo insieme. È essenziale la cultura critica della valutazione, del *visiting*, della ricerca. Promuovere la condivisione del processo decisionale e la responsabilità nel rispetto delle regole, dei limiti a partire dalla quotidianità. Dare centralità alle relazioni umane con gentilezza, accoglienza, ascolto, compassione per realizzare la qualità dei progetti di Vita mediante l'Ufficio per Progetti di Vita, i progetti per il *Quality Right* e il Questionario per la Deistituzionalizzazione.

Bibliografia

Barone R. Volpe A. Embrace e co-produzione. La comunità terapeutica democratica come ambiente abilitante nella comunità locale. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. Vol, N 24, 9 settembre 2022.
<https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-24/embrace-coproduzione-comunita-terapeutica-democratica>.

Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

La sperimentazione Casa Community Lab nella Regione Emilia-Romagna

A cura di

Vanessa Vivoli, Federica Borsari, Anna Ciannameo,
Stefania Florindi, Diletta Priami, Alessandra Rizzica

ABSTRACT

Per raccogliere le sfide poste dal passaggio da Casa della Salute a Casa della Comunità, la Regione Emilia-Romagna ha disegnato e avviato un percorso di formazione-ricerca-azione, denominato Casa Community Lab, che coinvolge tutti gli attori del sistema, dalle governance alle prime linee. L'obiettivo del percorso è quello di comprendere come le Case della Comunità possano divenire un effettivo contesto di trasformazione della visione di cura, intesa come presa in carico integrale della persona e come sviluppo del benessere di un territorio, con particolare attenzione alle condizioni di maggiore fragilità.

21

Introduzione

Casa della salute o Casa della Comunità o Casa delle Comunità? Quali sono le differenze implicate in questi passaggi?

Perché si sente la necessità di definire un Servizio Pubblico "Casa"? E questo cosa significa da un punto di vista professionale, organizzativo e culturale? E ancora, se con la specificazione "della salute" la funzionalità di queste strutture era intuibile, con la precisazione "della Comunità" a cosa si fa riferimento? Cosa s'intende?

Per raccogliere le sfide poste dal passaggio da Casa della Salute a Casa della Comunità, la Regione Emilia-Romagna ha disegnato e avviato un percorso di formazione-ricerca-azione, denominato Casa Community Lab. Il percorso si situa nel più articolato processo di adeguamento del Sistema Sanitario Regionale a quanto previsto dal DM77/2022 e dagli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, così come a quanto indicato nella DGR 2221/2022 (Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del DM 77). Tutti questi tre documenti normativi e programmatori pongono come orientamento organizzativo/professionale il lavoro di rete, l'interprofessionalità, la multidisciplinarietà, la prossimità e la partecipazione della comunità nella definizione del progetto di salute e benessere di un territorio.

Rif.

Vanessa Vivoli, *sociologa*,
Settore Innovazione nei Servizi sanitari e sociali,
Direzione generale Cura della persona,
salute e welfare, Regione Emilia-Romagna
333 4009309
vanessa.vivoli@regione.emilia-romagna.it

Ed è proprio su questi assi che il percorso Casa Community Lab interviene, volendo favorire una transizione innovativa, che non si esaurisca in una mera trasformazione nominale. Il passaggio, infatti, da Casa della Salute a Casa della Comunità, affinché sia sostanziale, necessita di azioni di accompagnamento ad un cambiamento che, per essere tale, non presuppone solo modifiche organizzative, ma anche nuovi approcci culturali e posture professionali. Questa trasformazione, infatti, ipotizza un cambiamento di premesse determinato dal necessario passaggio da un approccio assistenziale, basato sulla patologia, ad un approccio partecipativo centrato sulla salute. Occuparsi del progetto di benessere di un territorio (*da luoghi di cura alla cura dei luoghi*) implica da una parte spostare lo sguardo verso temi che vanno oltre la sanità, quali l'inclusione sociale, la giustizia, l'equità, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione e/o il lavoro, e dall'altra, interrogarsi su quali competenze, capacità e nuove prassi di lavoro necessitano i diversi operatori che abiteranno nelle Case della Comunità. Occorre, quindi, ripensare i servizi territoriali per orientarli verso la comprensione dei meccanismi sociali di produzione della sofferenza e l'individuazione delle relazioni significative e delle risorse locali su cui fare leva per promuovere la capacitazione delle persone. E, contemporaneamente, occorre predisporre figure di prossimità e dispositivi d'iniziativa (microaree, agenti di salute, ecc.) che attivamente creino spazi e momenti di partecipazione volti a promuovere il diritto al significato delle persone. Gli interventi partecipativi e di comunità hanno infatti la caratteristica principale di spostare l'attenzione dall'individuo ai contesti in cui esso vive. La partecipazione si concretizza, così, nella possibilità delle persone di esprimersi riguardo la propria condizione di salute, per poi definire con autonomia delle priorità e prendere decisioni concrete per migliorarla.

L'obiettivo principale del Casa Community Lab – attraverso l'allestimento di un percorso di ricerca formazione e azione che coinvolge tutti gli attori del sistema, dalle governance alle prime linee – è quello di comprendere come le Case della Comunità possano divenire un effettivo contesto di trasformazione della visione di cura, intesa come presa in carico integrale della persona e come sviluppo del benessere di un territorio, con particolare attenzione alle condizioni di maggiore fragilità.

Dentro tale prospettiva, le Case della Comunità dovrebbero diventare nodo centrale di una più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso essere parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Infatti, attraverso i concetti di "casa" e di "comunità", di cui l'assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei determinanti, si intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme (pazienti, caregiver, associazioni e

cittadini/e), con i suoi bisogni e le sue risorse e renderle occasioni permanenti di costruzioni sociali, motori di un nuovo welfare generativo, luoghi di tutela e promozione, spazi di relazioni, contatto e scambio. Le comunità, infatti, non sono articolazioni naturali degli ordinamenti sociali, bensì il frutto di processi di costruzione simbolica di un senso di appartenenza e di mutuo riconoscimento, i quali possono essere attivati attraverso pratiche negoziali e partecipative (Consoloni, Quaranta, 2021)

Sulla base di questi presupposti la partecipazione della comunità a sua volta deve diventare una nuova prassi di lavoro incentrata sulla capacità di ripopolare quelli che vengono definiti spazi pubblici di prossimità, intesi come luoghi dove le persone possono prendere parola, discutere, decidere, elaborare e mettere in opera soluzioni adatte ai contesti nei quali emergono. Conceputa in questi termini, la Casa della Comunità rappresenta quindi un esempio dei legami esistenti tra processi partecipativi, contrasto alle disuguaglianze e promozione dell'equità.

1. Il Casa Community Lab

Il Casa Community Lab armonizza due metodi di lavoro da tempo impiegati a livello regionale per accompagnare le innovazioni di sistema: Casa Lab e Community Lab. Casa Lab è stato un percorso formativo finalizzato allo sviluppo della integrazione multiprofessionale e volto ad accompagnare l'implementazione della Delibera regionale sulle Case della Salute. La prima edizione dei laboratori Casa Lab si è svolta nel biennio 2018-2019 e si è articolata in tre percorsi (ciascuno dedicato a un'Area vasta specifica); la seconda edizione, Casa Lab Romagna, ha avuto inizio a novembre 2019, con l'avvio del percorso formativo per quattro Case della Salute. Il Community Lab invece è una metodologia utilizzata dal 2012 in diversi ambiti (ad es. la programmazione locale partecipata, il processo di costituzione delle Unioni dei Comuni, la presa in carico delle nuove forme di conflittualità familiari), con l'obiettivo di conoscere più da vicino le comunità, comprenderne bisogni, interessi e dinamiche e, a partire da qui, sviluppare quelle che possano essere le evoluzioni e le innovazioni in materia di welfare locale.

Entrambi i metodi si basano sul concetto di "sperimentalismo" (Sabel, 1998) secondo il quale la capacità delle istituzioni pubbliche di far fronte alle sfide a cui vengono chiamate, è correlata alla loro capacità di mettere al centro del sistema le sperimentazioni locali: studiarle, accompagnarle, monitorarle, ripensarle, valutarle.

L'approccio adottato privilegia un'attenzione ai contesti applicativi e una successiva riflessione su strumenti e competenze necessarie e acquisite. L'intento è di partire da specifici problemi attuativi delle Case della Comunità,

lavorando su aree integrate di intervento. La struttura è quella della formazione-ricerca-azione che prevede, fin dalla prima fase di progettazione del percorso, un coinvolgimento attivo e consapevole di tutti gli attori del cambiamento e un impianto metodologico “multilivello e circolare”, con un’alternanza tra allestimenti di setting riflessivi, dove l’analisi dei processi di lavoro rappresenta il momento centrale dell’apprendimento, e momenti di azione dove i “territori” diventano protagonisti, attraverso strumenti e leve operative, nel visionare e dar forma a pratiche innovative. Per questo, fin da subito, si sono invitati i territori a individuare i destinatari di concerto tra Azienda Sanitaria, Enti Locali e Centro Servizi Volontariato, in modo da garantire un’adesione al percorso di operatori sanitari, sociosanitari, sociali, ma anche rappresentanti del terzo settore e cittadine/i. E si sono disegnati dispositivi che consentissero a tutti gli attori, nei vari livelli del sistema, di beneficiare di un tempo dedicato al pensiero congiunto, per fermarsi e confrontarsi su visioni auspicate e strategie per raggiungerle. L’impianto immaginato risulta così composto:

- *Staff regionale di coordinamento del percorso*

Intersettoriale, coinvolge sia figure regionali che figure del territorio implicate nello sviluppo e nelle innovazioni dell’assistenza territoriale. Il coordinamento costituisce un luogo di pensiero e un processo continuo di interrelazione e di conoscenza che si arricchisce mentre modula la programmazione del percorso e riflette sulla politica e le sue prassi.

- *Seminari sul DM77/2022*

Costituiscono un momento di visione ed ispirazione per mettere meglio a fuoco i nodi salienti del processo di trasformazione da Case della Salute a Case della Comunità;

- *Laboratori regionali*

Aperti ai 38 Distretti della Regione e finalizzati a co-costruire una visione strategica regionale delle Case della Comunità. Orientati all’analisi dei casi, sono basati sul confronto tra le esperienze locali in essere e sono focalizzati su temi quali l’allestimento, la cura e il mantenimento di processi intersettoriali, multidisciplinari e partecipativi (di comunità). Per questo declinati su alcuni concetti chiave quali:

- “Andare verso e agganciare chi non arriva”;
- “Sviluppare un approccio intersezionale alla salute e una conseguente integrazione fra le politiche”;
- “Favorire il protagonismo della persona e lo sviluppo della comunità”;
- “Transitare da visioni a operatività organizzativa (sostenibilità tecnica, sociale ed economica)”;
- “Favorire l’accountability, espressa come necessità di rendere visibili/valutare i risultati prodotti dai processi innovativi e di comunità che restituiscano la complessità degli oggetti trattati”.

- *Laboratori locali per ambito territoriale*

Finalizzati a formare un *pool* intersettoriale di facilitatori a livello locale e a supportare i progetti di miglioramento orientati al community building/person centered approach. Interconnessi, quindi, con gli elementi individuati e discussi nei Laboratori regionali e fortemente orientati a tradurre le strategie immaginate in termini operativi e pratici.

Infine, tutto il percorso è attraversato da un’attenzione allo sviluppo di azioni valutative di processo e di risultato. Attraverso metodologie, strumenti di rilevazione quali-quantitativi e traduzione di essi in set di indicatori sintetici, si vuole analizzare l’impatto generale del percorso e la sostenibilità organizzativo-gestionale delle sperimentazioni nel medio e lungo periodo. L’azione valutativa viene intesa, perciò, quale strumento di accompagnamento e monitoraggio; di risoluzione delle criticità riscontrate; di adattamento della proposta agli scenari di pratiche locali. In questo modo, queste azioni permettono la “comparabilità” delle esperienze dei differenti territori e si configurano come meccanismi di intervento, auto riflessività ed empowerment dei soggetti coinvolti.

2. Qualche risultato e prime riflessioni

Il percorso del Casa Community Lab è iniziato a novembre 2023. È un processo attivo, pertanto, è difficile in questa fase prevedere chiaramente l’impatto che l’impianto potrà avere in termini di trasformazione dell’assistenza territoriale. Si possono però già porre in evidenza alcuni indicatori in grado di raccontare il processo e il movimento che si sta generando.

Rispetto al percorso Casa Community Lab, un primo aspetto che viene monitorato riguarda il tema dell’inclusività.

Ad oggi, tutti i 38 ambiti territoriali hanno aderito, per un totale di oltre 350 operatori coinvolti. E questo, senza contare l’allargamento che si sta realizzando a livello locale e di cui, al momento, si sta osservando un progressivo ampliamento dei gruppi di lavoro e delle collaborazioni.

Il tasso di eterogeneità dei partecipanti va oltre le aspettative.

Per ogni sperimentazione attivata si stanno formando *pool* di facilitatori interistituzionali che vedono la presenza contemporanea di professionisti della sanità, del sociale ma anche del terzo settore, in questa composizione:

- *Azienda sanitaria* (60%) – era immaginabile che la presenza più cospicua arrivasse dal mondo della sanità. Importante, però, aver coinvolto da subito non solo operatori delle Cure Primarie, ma anche della Sanità Pubblica e, in alcuni casi, anche della Salute Mentale. Vi sono poi alcuni territori che contano anche sulla presenza attiva di Medici di Medicina Generale.

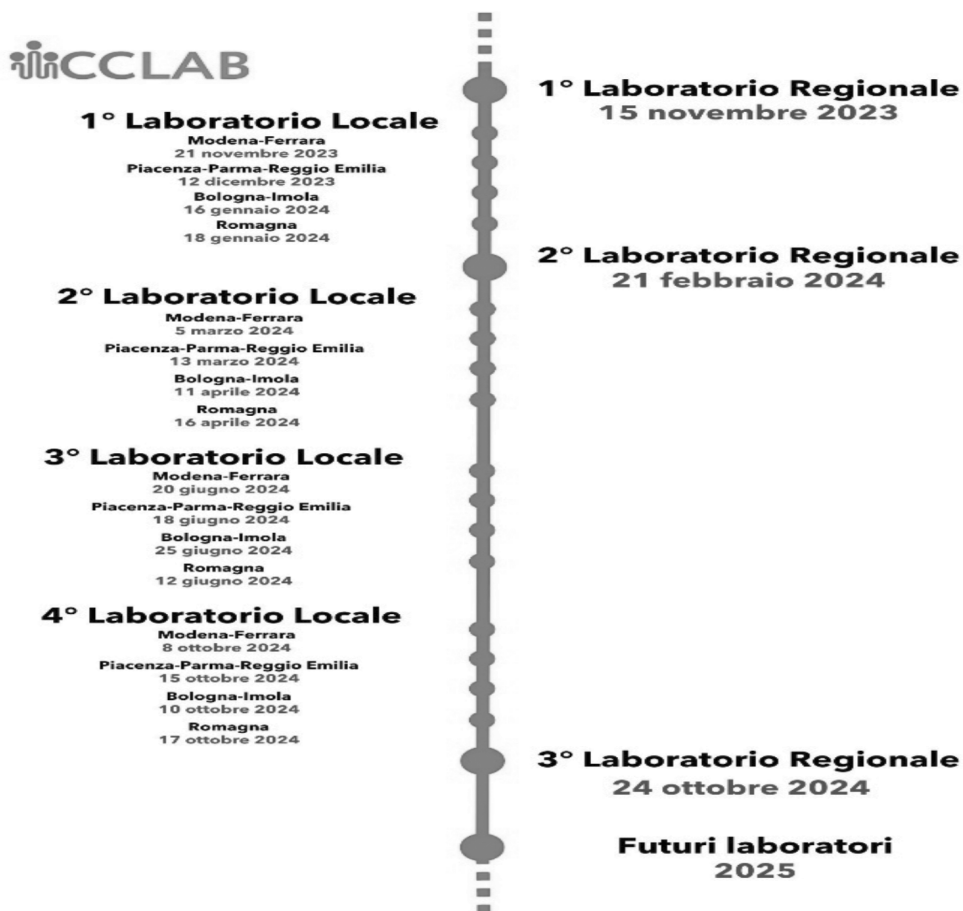


Fig. 1 - La struttura del Percorso Casa Community Lab.

- *Ente locale* (28%) – tendenzialmente sono coinvolti gli Uffici di Piano e operatori del Servizio Sociale. Qualche contesto vede anche la partecipazione del Settore Educativo e della Cultura.
- *Centri Servizi Volontariato* (11%) – non stupisce una presenza numerica inferiore del Terzo Settore. Però, in ogni distretto è presente almeno un operatore del Centro Servizi che svolge un ruolo fondamentale nell’aggancio delle associazioni e supporta la facilitazione dei processi.
- *Altro* – (2 %) – presenti in piccola parte, Università e Aziende Ospedaliero-Universitarie.

L’eterogeneità dei partecipanti non è data solo dalla presenza di diverse istituzioni, ma anche dalla verticalità dei ruoli che sono rappresentati. Nello specifico, qui, si vuole evidenziare l’aggancio delle Direzioni di Distretto che hanno colto l’importanza di sostenere il lavoro di comunità e partecipazione svolto dai facilitatori, legittimandoli e condividendo mandati e modalità operative.

Un’altra dimensione osservata riguarda l’adesione e di conseguenza l’interesse mostrato dai partecipanti, al momento valutata attraverso due rapporti: il numero dalle persone presenti agli incontri su quelle invitate e il numero

di incontri realizzati su quelli programmati. Entrambi gli indicatori risultano positivi. Ad oggi, infatti non ci sono abbandoni significativi, anzi quello che si nota è una richiesta di integrazione alla partecipazione di figure che con l’avanzare del processo vengono riconosciute come centrali per il suo sviluppo. Contemporaneamente si rileva la richiesta da parte dei gruppi di incontri aggiuntivi rispetto a quelli preventivati: si stanno quindi sommando momenti specifici di accompagnamento metodologico per i diversi distretti ai processi innovativi in atto, denominati *coaching*. Rispetto, invece, ai processi attivati a livello locale, come già detto, è difficile proporre un’analisi di risultato, in quanto i processi sono attualmente in atto. È tuttavia possibile fornire una lettura di processo a partire da quanto sta avvenendo. Due sono gli elementi interessanti su cui soffermarsi: la *vision* che guidano i processi locali, cioè l’idea generativa che riesce a catalizzare l’interesse dei diversi attori in gioco e che potenzialmente contiene in sé anche obiettivi, interlocutori e sviluppi organizzativi, e l’impianto in cui si articolano le *governance*, che, a sua volta, ne può svelare la sostenibilità nel tempo. Per quanto riguarda la *vision*, al momento si notano due tendenze:

- processi orientati verso l'interno delle organizzazioni che si pongono come principale obiettivo quello di dar vita a reti di cura intersettoriali in grado di rispondere ai bisogni delle persone in modo integrato e integrale. Processi che cercano così di immaginare dispositivi di connessione e/o figure ponte in grado di collegare tutte le diverse parti della Pubblica Amministrazione e queste con le Associazioni del Terzo Settore.

- processi orientati verso l'esterno delle organizzazioni che si muovono intorno all'idea che i Servizi devono tornare a essere co-immaginati e co-prodotti insieme con tutte le persone (risorse formali, informali, e singoli cittadini) che abitano in un territorio, con una particolare attenzione anche a coloro che sono invisibili e ai margini. Questi processi vogliono quindi riporre al centro delle azioni di programmazione, realizzazione e valutazione dei Servizi, non solo la "tecnica", ma anche tutti coloro che possono essere "esperti di esperienza". Spesso si va alla ricerca e all'ingaggio anche di attori inusuali, ma riferimenti della comunità, quali, ad esempio baristi/e, parrucchieri/e, vigili/vigilesse urbani, *ect*, che possano fungere da *pivot* nello sviluppo di progetti di comunità e ben-essere di un territorio.

Rispetto alle *governance*, come Casa Community Lab si sta puntando molto sul disegnare i processi di partecipazione in chiave organizzativa per rendere i processi sostenibili nel tempo, evitando che siano legati a singolarismi di volontà politiche o di dirigenti illuminati, col rischio di volatilità e non continuità.

Anche per questo indicatore, al momento, è possibile affermare che tutti i territori hanno *governance*, apparentemente stabili, con dimensioni intersettoriali e multidisciplinari e articolate su almeno due livelli

- gruppo di governo, spesso denominata cabina di regia;
- gruppo esecutivo o staff operativo.

Questo dato potrebbe evidenziare una buona linea di tendenza affinché questi processi locali non siano solo singole sperimentazioni ma possano diventare prassi strutturali di Servizio.

3. Le non conclusioni

Nel corso del Casa Community Lab sarà cruciale monitorare l'evolversi e la traduzione operativa della visione per comprendere se vi sarà un effettivo passaggio non solo nominale tra le Case della Salute e le Case della Comunità e quanto questo transito porterà benefici sulla salute delle persone e sul contrasto alle disuguaglianze sociali. È probabile che parte di questa risposta dipenda da come i Servizi stanno rielaborando l'idea di partecipazione e di lavoro di comunità.

È un qualcosa in più rispetto alla pratica di lavoro quotidiana e quindi rientra tra le esperienze sperimentali richieste dalla

Regione? O è intesa come parte integrante del processo di costruzione della salute e dunque del servizio?

Rilevare come gli/le operatori/trici e i Servizi coinvolti interiorizzeranno la pratica partecipativa ci aiuterà anche a vedere se l'operativizzazione delle *vision* sarà effettivamente un principio generativo e trasformativo. E sarà così possibile leggere il posizionamento delle innovazioni all'interno di ambivalenze che per la fase in cui si trovano i territori, oggi, non sono ancora definite. Di seguito qualche esempio rispetto a fili rossi che stanno emergendo.

Per l'orientamento volto ad un miglioramento organizzativo interno al perimetro dei servizi, i dispositivi di connessione avranno più la dimensione di una "*cortesia di sportello*" o riusciranno a configurarsi come un effettivo "*hub dinamico e proattivo*"? O ancora si continuerà a praticare l'integrazione come una *giustapposizione* di prese in carico o si troveranno apprendimenti reciproci tra i diversi codici in grado di generare prese in carico *transdisciplinari*?

Per chi invece si sta orientando verso l'esterno dei perimetri dei servizi, la mappatura delle risorse, che ogni sperimentazione sta realizzando nell'idea di una territorializzazione reale dei Servizi, costituirà un buon elenco di ciò che esiste o diventerà una mappa relazione, "viva" delle opportunità per avviare ad esempio prassi di prescrizione sociale? (OMS 2022) Gli agenti di prossimità, attori inusuali che si sta ipotizzando di formare come volani per la lettura dei bisogni e l'aggancio delle persone più fragili e lontane dal mondo dei servizi pubblici, rimarranno cittadini e attori informali relegati alla periferia del servizio o verranno integrati in modo stabile nei percorsi di programmazione, realizzazione e valutazione? È possibile immaginare di dar vita in modo sistematico a modelli simili al *recovery college* (Lucchi, 2023), sviluppato nei paesi anglosassoni, cioè servizi coprodotti rivolti alla *recovery* che superano programmaticamente il modello medico della patologia? Si riuscirà a disegnare dispositivi di prossimità in grado di tener agganciato e rendere partecipe anche coloro che dai Servizi fuggono o invisibili ai Servizi stessi?

Solo la risposta a queste domande, riprendendo le parole di Luca Negrognò in *Partecipazione senza potere nei servizi di salute mentale* (2022), potrà svelarci se queste spinte innovative, oggi ancora in bilico, potranno svilupparsi come nuove forme di razionalizzazione tecnica, che lasciano immutata l'epistemologia complessiva dei Servizi, oppure, se inseriti in un'ottica di salute pubblica e intersezionale, potranno aprire il sistema dei Servizi a forme di partecipazione che permettono di agire sui modi di vita dell'intera società: su come funzionano le città, su come si tutelano le differenze e su come si evita la produzione di vite di al confine.

Co-autori

Federica Borsari, *infermiera, Settore Innovazione nei Servizi sanitari e sociali, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna*

Anna Ciannameo, *antropologa, Settore Innovazione nei Servizi sanitari e sociali, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna*

Stefania Florindi, *sociologa, Settore Innovazione nei Servizi sanitari e sociali, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna*

Diletta Priami, *pedagogista, Settore Innovazione nei Servizi sanitari e sociali, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna*

Alessandra Rizzica, *fisioterapista, Settore Innovazione nei Servizi sanitari e sociali, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna*

Bibliografia

- Belluto M., Burg Ceccim R. e Martino A. (2020). *La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori*. Tracce urbane. Rivista italiana transdisciplinare di studi urbani. 4, 8
- Bodini C., Gentilini V., Paganoni C., Riccio M. (2021), *L'equità nel diritto alla salute: una ricerca-azione multi-metodologica e interdisciplinare per il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*. In (a cura di) Castrignanò M., "Sociologia dei quartieri urbani". FrancoAngeli, Milano.
- Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna (2022) *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*. Report delle attività di ricerca. Dicembre 2022.
- Cicognani A., Consoloni C. (2022) *Una Campagna per la riforma delle Cure Primarie*, Gli Asini.
- Consoloni, M., Quaranta, I. (2021) "Lockdown dall'alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia". *Civiltà e Religioni*, 7: 123-136.
- Dorf M., Sabel C. (1998). "A Constitution of Democratic experimentalism". *Columbia Law Review*, 98(2): 127-139.
- Lucchi F. (2023) *La recovery strategia e obiettivi in un progetto partecipato in maria Cacioppo et al (a cura) 2023, Alla ricerca del territorio perduto. La mappatura dinamica delle risorse*, Franco Angeli, Milano.
- Negrognolo L. (2022) *Partecipazione senza potere nei servizi di salute mentale*, <https://unacertaideadi.altervista.org/wp-content/uploads/-2021/09/L-NegrognoloPartecipazione-senza-potere-nei-servizi-di-salute-mentale.pdf>.
- Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) *Un kit di strumenti su come implementare la prescrizione sociale*. Manila, Ufficio Regionale per il Pacifico Occidentale; 2022. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Pellegrino V. (2019) *Futuri possibili. Il domani per le scienze sociali di oggi*. Verona: Ombre Corte.
- Terri F., Lelli MB. e Priami D. (2017) *Accompagnare le persone nei processi di cambiamento. Linee di indirizzo regionali per progettare e realizzare la formazione continua in sanità*. Dossier 262-2017, Agenzia sanitaria e sociale regionale. <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/-dossier/doss262>.
- Vivoli V, Gradi T, Ciannameo A, e alt. (2023) *Agire per ciò che conta. Vademecum per la promozione della Salute*, Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali, Regione Emilia-Romagna.

Go West! Prospettive nell'uso della Telemedicina in Salute mentale e Dipendenze patologiche

La spinta alla digitalizzazione del PNRR e del DM 77 in Regione Emilia-Romagna

Giancarlo Gibertoni, Elena Oliva, Michael Fanizza,
Sebastiano Pace, Claudia Nerozzi, Alessio Saponaro

ABSTRACT

L'articolo fornisce una panoramica sull'utilizzo della Telemedicina nella Salute mentale ed in particolare nei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna. Vengono evidenziati alcuni vantaggi dell'uso della Telemedicina, come la maggiore accessibilità ai servizi e continuità terapeutica, ma anche alcune criticità, come la necessità di alfabetizzazione informatica di parte della popolazione che accede ai servizi e dei professionisti sanitari, l'utilizzo di piattaforme sicure e di alta qualità e la disponibilità di connessione dati e strumenti informatici adeguati. Vengono inoltre analizzate e discusse alcune prospettive future a breve e lungo termine. Infine viene presentato il progetto regionale per l'analisi e l'ampliamento dell'uso della Telemedicina nei DSM-DP.

27

Introduzione

Un servizio sanitario nazionale che mira ad essere più equo e sostenibile è uno degli obiettivi del DM 77 da attuare anche mediante l'utilizzo della Telemedicina, in linea con le più virtuose prassi europee. Infatti una delle principali sfide della Missione 6 del PNRR è quella relativa alla Componente 1, reti di prossimità strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Nel DM 77 si richiamano gli Accordi Stato-Regioni che hanno avuto inizio con le Linee di indirizzo nazionali del 2014, a cui hanno fatto seguito, anche per esigenze dovute alla pandemia, le Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina del 17/12/2020 e le Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie del 18/11/2021.

Per quel che riguarda la Regione Emilia-Romagna, i DSM-DP hanno elaborato dal 2018, e si sono dotati gradualmente dal 2020 in poi, di una cartella unica regionale elettronica (CURE) associata ad una Piattaforma regionale di Telemedicina. L'obiettivo è di far sì che la Salute mentale e le Dipendenze

Rif.
Giancarlo Gibertoni, *psichiatra,*
DSM-DP AUSL di Modena
0536 874100
g.gibertoni@ausl.mo.it

patologiche siano protagoniste riguardo all'innovazione della assistenza territoriale, sfruttando ed implementando anche l'uso delle nuove tecnologie.

1. Telemedicina nella Salute mentale: una panoramica

La Telemedicina viene applicata da anni in diversi ambiti sanitari, tra cui la Salute mentale. Essa rappresenta una metodologia che permette di offrire interventi attraverso le tecnologie della comunicazione a distanza. Sotto la pressione della pandemia da Covid numerosi paesi hanno adottato linee guida per la Telemedicina. In Italia il Ministero della Salute ha emanato il decreto "Approvazione delle linee guida per i servizi di Telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio" del 21/9/22. Per Telemedicina (compresa all'interno della Sanità digitale) si intende l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso alle tecnologie e deve essere sinonimo di trasmissione sicura dei dati ed informazioni mediche tramite video, immagini, suoni, testi o altre forme necessarie per la prevenzione, diagnosi, trattamento e monitoraggio degli utenti e dei programmi di assistenza. In tal senso va assimilata a qualsiasi altra prestazione sanitaria diagnostico/terapeutica/riabilitativa. Per la mancanza delle caratteristiche sopra riportate non costituiscono, invece, attività di Telemedicina l'utilizzo di strumenti informatici o la condivisione di dati sanitari attraverso telefonate, portali web, social network, forum, blog, newsgroup, posta elettronica.

Come sempre i periodi di crisi e di stress del sistema producono però anche la possibilità di riorganizzare ed innovare modelli che avevano già dato segnali di logoramento e di obsolescenza nel garantire l'appropriatezza delle prestazioni, la continuità terapeutica e l'omogeneità e la sostenibilità dei servizi sanitari offerti. Le esperienze di utilizzo della Telemedicina nella Salute mentale, a livello nazionale permettono di allinearne i risultati con quanto emerge da una revisione sistematica della letteratura internazionale. Innanzitutto il suo uso risulta essere valutato positivamente sia dal personale sanitario che dai pazienti (Morreale ed al, 2023).

In ambito psicoterapico si evidenzia come non vi siano differenze significative tra gli interventi in presenza ed online per quanto riferibile a l'empatia e alleanza terapeutica percepite (Schoemberg, 2023). I sanitari reputano che la Telemedicina sia efficiente, ottimizzando le prestazioni e favorendone l'accesso e che abbia contribuito a ridurre il tasso di mancata presentazione alle visite e permesso ai pazienti di superare lo stigma, elemento di ostacolo all'accesso alle cure (Ainslie, 2023). I principali elementi di criticità connessi all'utilizzo della Telemedicina in Salute mentale sono riconducibili alla diffidenza, riscontrabile sia tra il personale sanitario che tra i pazienti, nei confronti di

tale metodologia, a difficoltà legate all'utilizzo della tecnologia (non adeguatezza dei dispositivi, qualità della connessione, scarsa dimestichezza nell'utilizzo) e a aspetti relativi alla tutela della privacy. La Telemedicina ha visto una sua applicazione anche nell'ambito della psichiatria di consultazione-collegamento. I medici di base coinvolti hanno valutato positivamente le consultazioni online soprattutto per il contributo fornito nell'acquisizione di nuove competenze e nella gestione delle terapie farmacologiche (Hoeft, 2023). In sintesi la Telemedicina in Salute mentale rappresenta una opportunità per incidere in modo significativo sull'assistenza sanitaria favorendo l'accesso e la continuità delle cure, riducendo i costi e migliorando complessivamente gli esiti delle prestazioni sui pazienti (Elliot, 2023) ma richiede un incremento degli investimenti dedicati e adeguata formazione del personale sanitario.

2. Che fine fa la relazione col paziente in televisita?

Vi è la possibilità di creare un'alleanza terapeutica nel setting online? Questo è stato uno dei temi maggiormente dibattuti dai terapeuti in quanto una delle premesse dei professionisti riguarda la necessità della presenza fisica nella relazione tra gli individui. Molti studi evidenziano la possibilità di sviluppare buona alleanza terapeutica anche quando la terapia avviene in videochiamata (Goss, 2016). Pazienti e terapeuti valutano da moderata ad alta l'alleanza terapeutica sviluppata in terapie mediate da tecnologie, ma diversi sono gli aspetti da attenzionare (Gibertoni et Al, 2022). Un primo aspetto riguarda il sistema di credenze del terapeuta in merito all'efficacia della terapia da remoto; fungendo il terapeuta da figura di attaccamento nei confronti del paziente diventa anche "funzione organizzativa" dell'esperienza dello stesso. Di fatto il setting online pone il professionista e la persona in un rapporto più paritetico (entrambi devono "curare il loro setting", entrambi devono essere attivi nel permettere che l'incontro si possa svolgere ed il "luogo di incontro" è uno spazio "neutro"). Da un punto di vista dei sistemi motivazionali interpersonali, nel setting online è stimolato maggiormente il sistema cooperativo-paritetico che sappiamo avere una grossa importanza nell'alleanza di lavoro e nel buon esito del percorso di cura (Liotti, 2014). Per quanto riguarda il legame emotivo tra terapeuta e cliente, le ricerche suggeriscono che, grazie all'azione dei neuroni specchio (che si attivano attraverso input visivi o uditivi), le videochiamate (essendo su due livelli sensoriali) possono attivare risposte corporee nei partecipanti (Scharff, 2013). Tale affermazione sarebbe in linea con la teoria di Gallagher che afferma che ciò che noi percepiamo anche solo attraverso un senso (ad esempio la vista o l'udito) viene registrato in tutto il corpo con l'attivazione di più livelli sensoriali contemporaneamente,

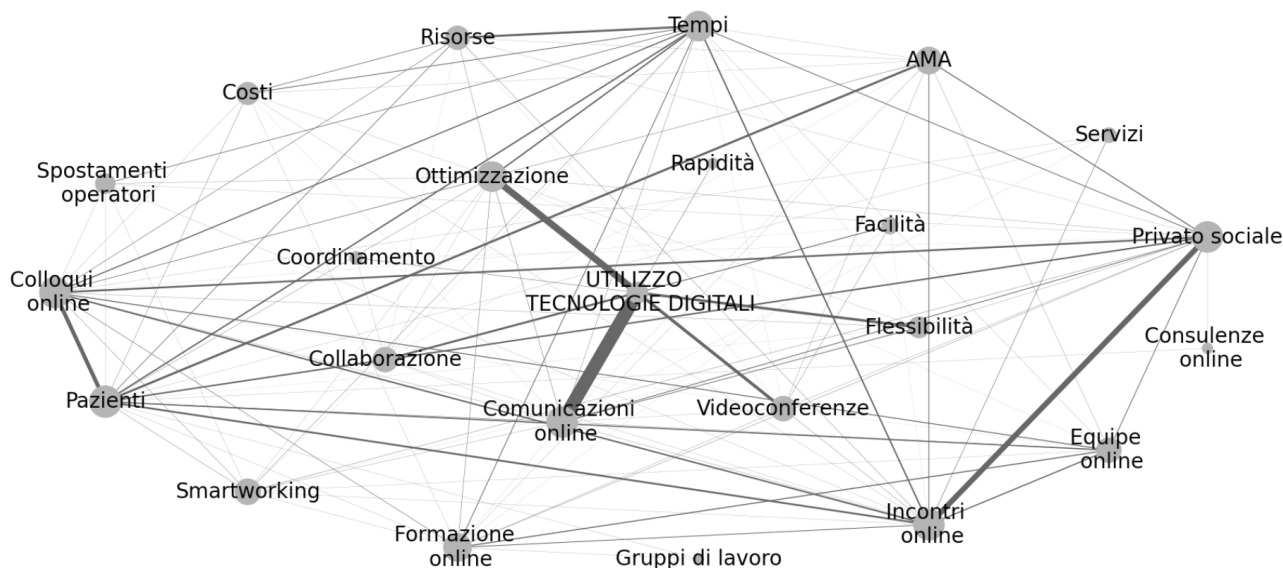


Fig. 1 - Attività che gli operatori vorrebbero mantenere dopo l'esperienza della pandemia.
Fonte: Progetto Resalio, Elaborazioni IFC-CNR su Progetto Regione Emilia-Romagna.

anche quelli somatici come la propriocezione (Gallagher, 2005). Dunque anche a distanza sarebbe possibile percepire la presenza dell'altro, comunicare a livello inconscio e sperimentare transfert e controtransfert (Gamba, 2018). Infine, altro elemento che sembra avere una sua importanza è l'effetto disinibizione, aspetto legato all'essere "dietro uno schermo" da parte degli attori dell'interazione: per quanto riguarda il paziente questo comporta una maggiore apertura nei confronti del professionista sanitario, aspetto che può contribuire a farlo sentire maggiormente a suo agio nella relazione (sappiamo quanto un aumentato senso di sicurezza contribuisca anche al rafforzamento del legame emotivo con il professionista).

3. Dipendenze online - progetto Resalio

La pandemia da Covid ha posto notevoli sfide al sistema dei Servizi della Salute mentale e Dipendenze patologiche e in generale ai servizi sanitari pubblici e privati che hanno dovuto affrontare l'emergenza e adattarsi rapidamente per rispondere alle esigenze degli assistiti, riorganizzando in tempi rapidi le loro attività; in molti casi, sono emerse soluzioni innovative che sono diventate strutturali nel corso del tempo e che hanno integrato l'attività ordinaria per migliorare l'assistenza sia per gli utenti che per gli operatori. Su queste premesse è stato realizzato il Progetto "RESALIO" sul tema "Pandemia Covid-19 e Servizi Territoriali per le Dipendenze", affidato alla Regione Emilia-Romagna dal Ministero della Salute, a seguito della consultazione del Gruppo Tecnico Interregionale Sub Area Dipendenze e che è stata sviluppata su tutto il territorio nazionale attraverso l'intervista a 990 operatori sulle dipendenze patologiche

appartenenti a strutture sia pubbliche che private. Il 45,7% dei professionisti intervistati (e il 41,6% dei responsabili dei Servizi), ha affermato che la situazione emergenziale ha modificato molto/moltissimo l'organizzazione delle attività e le modalità di comunicazione all'interno della rete dei servizi per le dipendenze (fig. 1).

L'analisi specifica sulle modifiche adottate che gli operatori vorrebbero mantenere ("cosa vorresti mantenere") ha evidenziato come la netta maggioranza dei professionisti abbia puntato sul concetto dell'Online (incontri in remoto, uso web, tecnologia, telemedicina), declinato in particolare in riunioni, incontri, colloqui, lavoro, formazione, comunicazione, videochiamate, videoconferenze. Nel complesso, le risposte fornite dai rispondenti si concentrano sul mantenimento dell'utilizzo delle tecnologie informatiche che, durante l'emergenza sanitaria, hanno fornito un supporto fondamentale per la gestione dei servizi e delle comunicazioni, per il mantenimento delle relazioni interne e quelle esterne ai servizi, per lo svolgimento delle attività e delle prestazioni assistenziali. (CNR, 2022).

Inoltre il 64,5% dei professionisti che hanno risposto all'intervista ritiene che sia necessario dotarsi di strumenti e progettare interventi innovativi (per il 14% non vi è nessuna necessità, il 21% non risponde).

La possibilità di rafforzare o disporre di nuove tecnologie e di competenze digitali, sono direttamente connessi alla possibilità di applicare e implementare strumenti clinici quali la telemedicina, per realizzare interventi a distanza anche rispetto ai pazienti più difficili da raggiungere (ad es. persone detenute o ai domiciliari). Un investimento sulla Telemedicina finalizzata a rispondere in maniera più efficace

alla richiesta di aiuto e alla riduzione dei tempi di attesa per i richiama-colloquio.

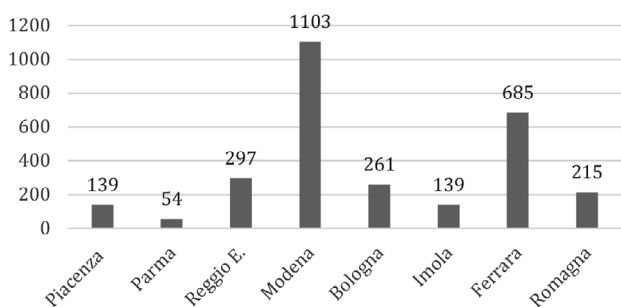
4. Le prestazioni in telemedicina nei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna, con la Cartella Unica Regionale Elettronica (CURE), ha reso disponibile dal 2021, gradualmente a tutti i settori del DSM-DP (Salute mentale adulti, NPJA, SerDP, Psicologia) la piattaforma regionale di Telemedicina "C4C Meeting" nelle due tipologie di chiamata in televisita (tra il professionista sanitario e l'assistito) e teleconsulto (tra professionisti sanitari).

I Servizi hanno avuto così l'opportunità di ibridare i modelli di intervento per rendere i percorsi clinici assistenziali maggiormente efficaci, appropriati, innovativi, sostenibili e colmare il gap di cura per alcune tipologie di utenza, lavorando in parallelo nelle varie fasi della prestazione erogata, dall'anagrafica dell'assistito alla gestione dell'appuntamento, dall'invio della mail di convocazione, del link e dell'informativa privacy, al collegamento alla piattaforma per l'avvio e la gestione della videochiamata.

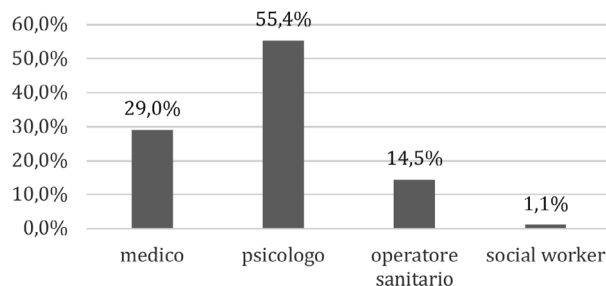
Di seguito si presentano i primi dati regionali disponibili relativi alle prestazioni erogate in Telemedicina, cioè quelle che sono state pianificate e poi effettuate, sia televisite che teleconsulti, tramite la Piattaforma associata a CURE nel corso del 2023. Essi evidenziano una rilevante eterogeneità tra le diverse ASL. Complessivamente nell'annualità sono state erogate 2.893 prestazioni da remoto con le provincie di Modena (38,1% del totale) e di Ferrara (23,7%) che risultano essere quelle in cui la pratica è maggiormente diffusa (Tab. 1). Si tenga presente che i dati di seguito presentati sono attinenti alle prestazioni di Telemedicina operate tramite la piattaforma regionale associata alla cartella CURE/C4C. Come vedremo, molte altre prestazioni sono state erogate tramite altri applicativi disponibili sul mercato e che in questa sezione non sono stati conteggiati (vi è invece un approfondimento per il solo DSM di Modena nel paragrafo 5).

Si sono poi valutate le prestazioni erogate in Telemedicina divise per le diverse professionalità impiegate nei DSM-DP



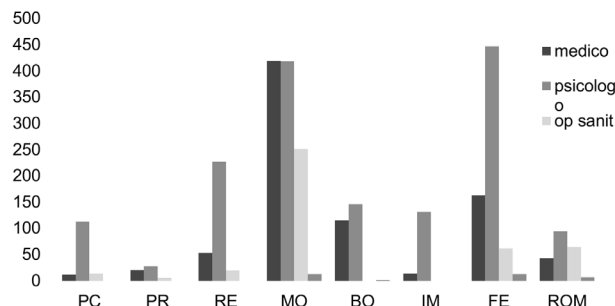
Tab. 1 - Prestazioni totali erogate con la piattaforma regionale di Telemedicina associata a CURE (televisita e teleconsulto). Emilia-Romagna, anno 2023.

della regione. La pratica trova una diffusione in particolare fra gli psicologi, mentre le professioni sanitarie e quelle sociali risultano averla adottata con minore frequenza. In linea con quanto emerso dall'analisi della letteratura in materia è possibile ipotizzare che queste ultimi riconoscano una efficacia terapeutica solo degli interventi in presenza (Tab. 2).



Tab. 2 - Prestazioni per professione erogate con la piattaforma regionale di Telemedicina associata a CURE. Emilia-Romagna, anno 2023.

Invece, nella Tab. 3, si presenta la suddivisione incrociata delle prestazioni per operatore suddivise per DSM-DP della RER. Quasi in nessun Dipartimento l'uso risulta diffuso tra tutti i professionisti dei DSM-DP, a parte psicologi ed, in minor misura, medici.

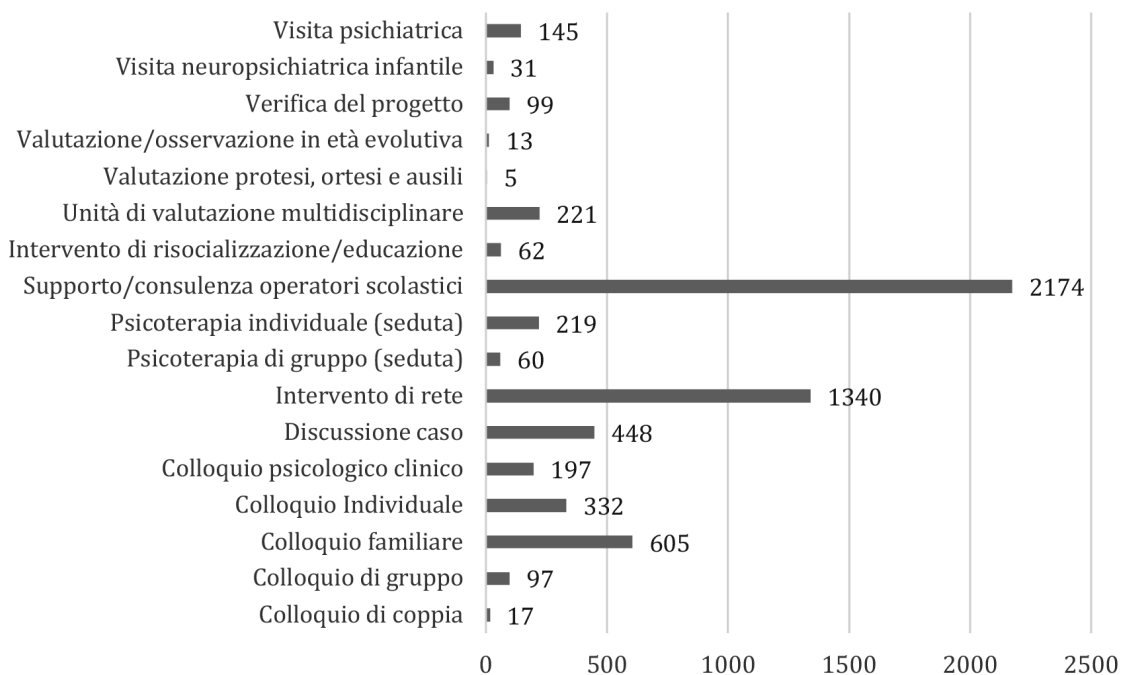


Tab. 3 - Prestazioni per professione erogate con la piattaforma regionale di Telemedicina associata a CURE suddivisa per DSM-DP della Regione Emilia-Romagna, 2023.

5. Le prestazioni in telemedicina nel DSM-DP di Modena

Si è poi operato il confronto dei dati precedenti con quelli estrapolabili da CURE per tutte le prestazioni che venivano contrassegnate con la modalità videochiamata (tramite l'apposita icona).

Come Dipartimento di paragone si è individuato quello di Modena che ha valorizzato il maggior numero di prestazioni (1.103). Con questa estrazione, sempre relativa al 2023, il dato complessivo relativo alle prestazioni erogate è stato di 6.082 (perciò 4.979 in più rispetto a quelle erogate attraverso la sola Piattaforma C4C associata a CURE), presumibilmente perché sono state utilizzate piattaforme diverse rispetto all'applicativo aziendale, a dimostrazione di come vi sia una



Tab. 4 - Tipologia di prestazioni erogate in Telemedicina (tutte le piattaforme) DSM-DP Modena, anno 2023.

forte sottostima dell'uso della telemedicina rispetto ai dati della Tab. 1. Inoltre è stato possibile evidenziare anche le diverse tipologie di interventi effettuati: la Telemedicina pare aver trovato qualche applicazione, almeno nel contesto modenese, soprattutto nei colloqui con i pazienti o con figure della rete familiare di riferimento, compreso qualche visita specialistica e psicoterapia. Invece appare molto diffusa ed ormai consolidata, la pratica di eseguire online gli incontri di verifica, di rete, le UVM e varie riunioni di discussione dei casi trattati tra professionisti, anche appartenenti a servizi o enti diversi. Poco utilizzati invece gli interventi abilitativi, psicoeducativi e di monitoraggio (Tab. 4).

Analizzando invece il dato per categoria professionale impiegata nel DSM-DP di Modena, si conferma l'uso avviato specialmente dagli psicologi, ma anche dai neuropsichiatri (soprattutto per supporto/consulenza agli operatori scolastici, si direbbe, incrociando il dato della tabella precedente) mentre disomogeneo e comunque minore l'utilizzo da parte delle professioni sanitarie (Tab. 5).

Infine, per completezza, si è quantificato anche l'utilizzo di tutte le funzionalità che non comportano la presenza dell'utente (su CURE vi sono le diverse icone per le modalità di prestazione diverse da presenza e videochiamata), come, per esempio, le telefonate, le mail, la messaggistica; queste ultime, ricordiamo, non sono, per definizione definibili come Telemedicina, ma rappresentano comunque un canale molto usato, anzi, dai dati emersi, addirittura sovra utilizzato, forse perché in questo caso vengono privilegiate

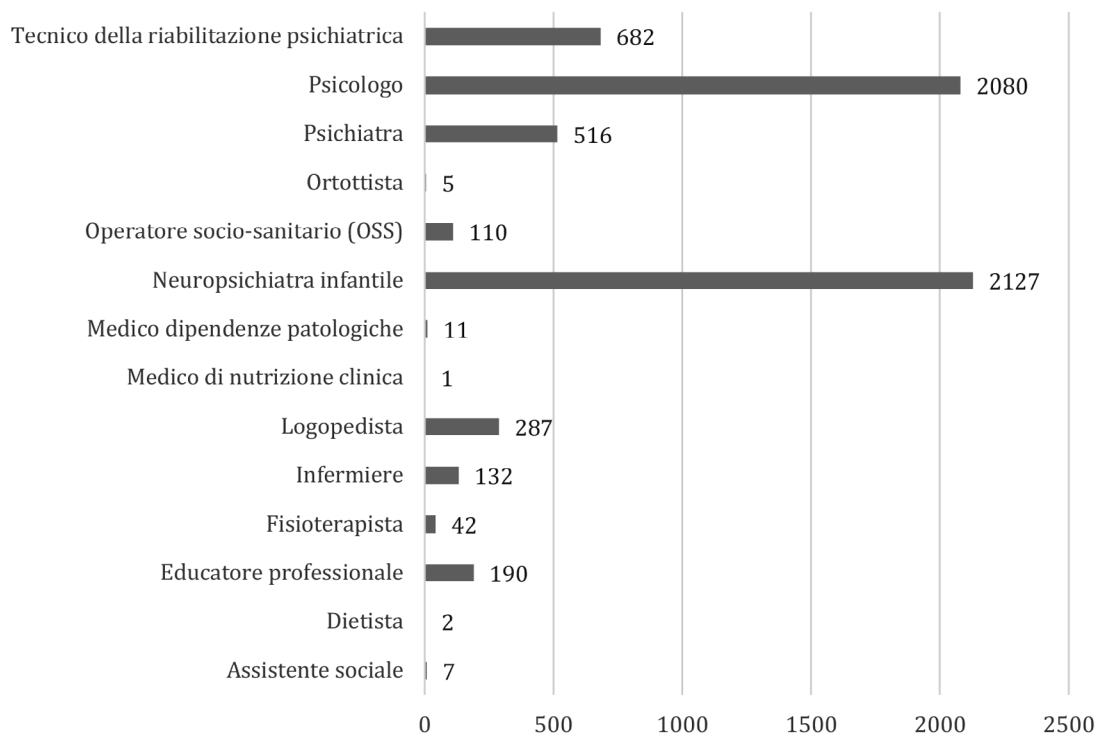
esigenze pratiche. Nel medesimo periodo di riferimento, anche solo limitandoci alle prestazioni telefoniche (tralasciando mail e messaggistica) registrate come prestazione, i professionisti hanno inserito ben 39.653 interventi, da parte di tutte le figure professionali, che, perciò, hanno da sole superato di quasi 7 volte l'uso della Telemedicina (Tab. 6).

6. Discussione, evidenze e riflessioni

I. Si riscontra un massiccio uso della telefonata come modalità di relazione con l'utenza. Al di là della estrema praticità, essa forse potrebbe essere, almeno in una certa percentuale dei casi, facilmente sostituita dalla tele-visita, la quale, a parità di tempo, avrebbe una resa qualitativa maggiore e risulterebbe più efficace in termini clinici, avvicinandosi molto di più ad una prestazione di colloquio e follow up. La telefonata appare molto usata dalle professioni sanitarie, forse anche per mancanza di formazione ed esperienza nel sperimentare nuove modalità di lavoro.

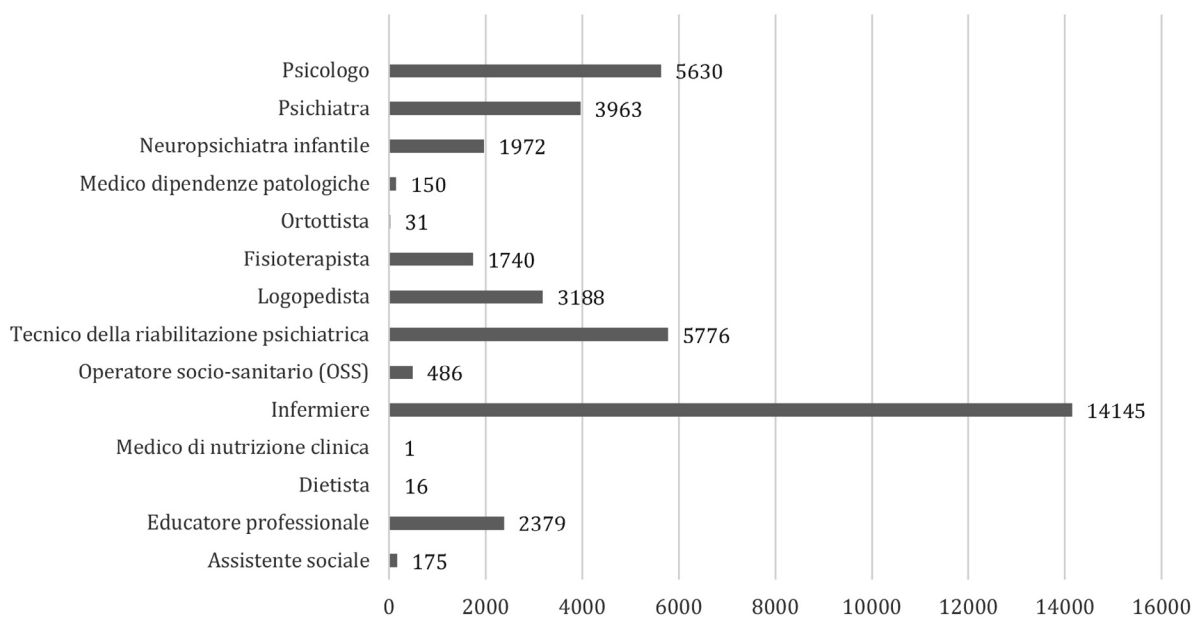
II. Vi è uno spiccato uso della Telemedicina per effettuare Teleconsulti (ad esempio per incontri di verifica, UVM o supporto a operatori, discussione casi, ecc.). Questa modalità si sta consolidando come quella preferita per i raccordi con colleghi appartenenti ad altri servizi, ottimizzando tempi e spostamenti.

III. Nella Salute mentale non esistono solo tele-visite o tele-consulti, e bisognerà ampliare l'esperienza anche su altre modalità terapeutiche. Finora vi è ancora scarsa evidenza di



Tab. 5 - Operatori con prestazioni in Telemedicina (tutte le Piattaforme). DSM-DP Modena, anno 2023.

Prestazioni tramite telefonata DSM-DP Anno 2023



Tab. 6 - Prestazioni tramite telefonata effettuate dai professionisti del DSM DP Modena, anno 2023.

attività (tele)riabilitative, anche se diverse esperienze iniziate durante la fase pandemica, ad esempio attività riabilitative in NPIA, pasti assistiti telematici, psicoeducazione utenti e caregivers, stanno continuando tuttora. In particolare nella Regione si stanno sperimentando pasti assistiti con la Telemedicina che assicurano, tra l'altro, la possibilità di utilizzare alimenti più famigliari non disponibili in ambito ospedaliero, di eliminare la competizione tra le pazienti rispetto alle forme corporee durante il permanere in sala d'attesa e rendere possibile assistere ai pasti anche in situazioni particolari come vacanze, etc. Presumiamo che questa ed altre forme di assistenza si espanderanno nei prossimi anni.

IV. Lo stesso discorso fatto sopra può valere per il Telemonitoraggio. Il PNNR ai punti 1.2.3 prevede "Supporto ai pazienti cronici" con il coinvolgimento delle Case della Comunità, dell'Infermiere di Comunità, della Centrale di Telemedicina, per patologie croniche (come BPCO, scompenso cardiaco, diabete): sarebbe interessante ampliare le esperienze in tal senso anche, per esempio, per gli utenti lungoassistiti con psicosi, in trattamento psicofarmacologico continuativo e con comorbidità organica. La rilevazione in telemonitoraggio dei parametri fisici tramite apposito kit risulterebbe fondamentale per la prevenzione ed il miglioramento delle patologie organiche. Ma non solo: il monitoraggio di una corretta assunzione della terapia farmacologica e quello di alcuni parametri psichici (come ad esempio, ritmi circadiani, sonno, umore o stile di vita) potrebbe aiutare a cogliere segnali precoci di variazione dello stato psichico o di crisi e facilitare l'attivazione mirata di un approfondimento da parte dei professionisti sanitari e/o, successivamente, una valutazione specialistica o una rivalutazione della terapia, se necessaria, per la prevenzione delle ricadute e dei ricoveri. Invece non appare ancora giunto il tempo per App e Dtx, già utilizzate in altri paesi europei, ma da noi poco conosciute e non disponibili nel SSN.

V. Vi è un evidente maggior utilizzo della Telemedicina da parte degli psicologi rispetto alle altre figure professionali. Essi paiono i più propensi a superare i tabù sulla necessità della presenza e privilegiare, quando è consentito, la continuità terapeutica con l'utente, utilizzando tutte le modalità disponibili. Possibile anche che abbiano una maggiore formazione al riguardo, oppure per una maggior capacità di sperimentazione. I medici sono invece ancora poco coinvolti. Ma le figure professionali che potrebbero, in futuro, utilizzare di più, ed al meglio, la Telemedicina appaiono soprattutto le professioni sanitarie. Gli infermieri, i terapisti della riabilitazione e gli educatori potrebbero attivare i propri percorsi socioriabilitativi, psicoeducativi, e di monitoraggio della assunzione della terapia e dello stile di vita in modo efficace e corposo, diminuendo quel gap

terapeutico che spesso passa tra un progetto personalizzato appropriato ed uno reale.

VI. Va posta più attenzione al tipo di Piattaforma che si utilizza, soprattutto in merito alla conformità, alla sicurezza, al rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali e sulla tutela della *privacy* (Garante *Privacy* 2024). Il prossimo avvio della "nuova" Piattaforma nazionale di telemedicina favorirà, probabilmente, anche la Piattaforma associata a CURE.

7. Il Progetto Regionale Telemedicina

Tale analisi dei dati regionali fa parte di una delle fasi del Progetto regionale per l'ampliamento dell'uso della Telemedicina nella Salute mentale all'interno dei Progetti per l'innovazione e la realizzazione delle politiche sanitarie e degli obiettivi del Piano sociale e sanitario regionale del Settore Assistenza territoriale, Area Salute mentale e dipendenze patologiche e Area Salute nelle carceri del 2024. Oltre all'analisi della letteratura e dei dati di utilizzo verranno valutate le preferenze e le criticità di utenti ed operatori. Il gruppo di lavoro, coordinato dal DSM di Modena, ha come obiettivo finale la realizzazione di indicazioni operative mirate all'appropriatezza dell'utilizzo della Telemedicina in un DSM-DP per quelle tipologie di utenti e di prestazioni, peculiari di un servizio pubblico, che appaiono più congrue per poter supportare i Servizi della Salute mentale a raggiungere gli obiettivi terapeutici, ottimizzando e rendendo più sostenibile il carico di lavoro e con una maggiore soddisfazione dell'utenza. Altro punto fondamentale sarà quella di predisporre una formazione del personale per un utilizzo innovativo, efficace ed adeguato della Telemedicina nei DSM-DP.

Conclusioni

Alcuni vantaggi dell'uso della Telemedicina appaiono evidenti: maggior accessibilità ai Servizi (riduzione delle distanze, spostamenti, rinvii, tempi di attesa, stigma), potenziamento della continuità terapeutica (collegamenti con i propri utenti in ospedali, residenze, comunità, carcere), ampliamento del monitoraggio organico e dei segnali precoci di crisi (con minor rischi di ricadute, drop out, ricoveri), implemento della integrazione assistenziale ed in generale maggior sostenibilità dei servizi offerti. Anche nei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna alcuni interventi paiono attivabili da subito, a costo zero, variando di poco le abitudini, per esempio passando dalla telefonata al collegamento strutturato e maggiormente terapeutico, o attivando sistemi di teleassistenza negli utenti con comorbidità organica. L'utilizzo della Telemedicina nei DSM-DP dovrà però essere supportata da una adeguata formazione per gli aspetti pratici, per sfatare tabù, per

l'utilizzo corretto, per le tematiche di sicurezza e *privacy*, per fornire elementi per un corretto utilizzo di specifiche tecniche di comunicazione, per definire quali siano le prestazioni più appropriate e per quali tipologia di utenti e di prestazioni, con criteri di inclusione ed esclusione, nell'ottica di una vera innovazione clinica e culturale. Tra le criticità vanno messe in luce le necessità di alfabetizzazione informatica di alcuni settori della popolazione e degli operatori, l'utilizzo di una piattaforma sicura e di alta qualità e la disponibilità di connessione e strumenti informatici idonei. Riteniamo infine che, nella auspicabile alleanza per un vero sviluppo della nuova assistenza territoriale disegnata dal DM77, tra le Case della Comunità con le sue operatività (COT, PUA, OSCO, CAU...) ed i vari Dipartimenti territoriali (Cure Primarie, DSM, Sanità Pubblica...), la Telemedicina possa svolgere un ruolo importante di trait d'union nella collaborazione, nella innovazione e nel rendere finalmente concreto ed appropriato il potenziamento della sanità territoriale.

34

Co-autori

Elena Oliva, *sociologa*,
DSM-DP Modena

Michael Fanizza, *psicologo*,
DSM-DP Modena

Pace Sebastiano, *infermiere*,
DSM-DP Modena

Claudia Nerozzi, *amministrativo*,
Settore Assistenza territoriale Regione Emilia-Romagna

Alessio Saponaro, *sociologo*,
Dirigente Area Salute mentale, Dipendenze patologiche,
Salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna

Bibliografia

Ministero della Salute (2020), Telemedicina, Linee di indirizzo nazionali, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf.

Morreale M., Cohen I., Van Wert M., Straub J., Ruble A., *Determinants of experience & satisfaction in telehealth psychiatry during the COVID-19 pandemic for patients & providers*. Rivista Frontiere in Psichiatria. Volume 14; 2023.

Schoenenberg K, Martin A. (2024), *Empathy, working alliance, treatment expectancy and credibility in video and face-to-face psychotherapeutic first contact*. Journal of the Society for Psychotherapy Research, 2024, pp. 626-637.

Ainslie M, Corvini M, Chadbourne J. *Assumptions, Perceptions, and Experiences of Behavioral Health Providers Using Telemedicine: Qualitative Study*. JMIR Publications. Volume 7, 2023.

TJ. Hoeft, JD. Hall, S Shushan, (2023), Deborah J. Cohen, *Clinical Experience with Telepsychiatry Collaborative Care for Posttraumatic Stress Disorder and Bipolar Disorder*; Psychiatric Service volume 74 numero 6, 2023 pp. 596-603.

Elliott Richelson, *Telepsichiatria*, Telepsychiatry, Elsevier, 2023

Goss S., Anthony, K., Nagel, D., Sykes-Stretch, L. *Technology in Mental Health: Application for practice for supervision and training*. Cap. 10 C. Thomas Publishers, Illinois, seconda edizione 2016.

Gibertoni G., Fanizza M., S. Brunello, S. Pace, A. Saponaro, Starace F., (2022), *Salute mentale digitale oltre la pandemia*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 3/2022, pp. 139-158.

Liotti, G., Monticelli, F. (2014) *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: la prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014

Scharff, J. S. *Clinical issues in analysis over the telephone and the Internet*. In J. S. Scharff (a cura di), Psychoanalysis online: Mental health, teletherapy, and training. Ed. Karnac Books, 2013, pp. 61-74.

Gallagher S, *How the Body Shapes the Mind*. Ed. OUP Oxford 2005.

Gamba, E., Radi, G., Nesci, D.A., "Lo stato dell'arte sulla Psicoterapia Online: breve revisione critica della Letteratura". Doppio Sogno, Maggio 2018.

CNR, 2022, Progetto Resalio, Pandemia e Covid-19 e Servizi territoriali per le dipendenze, 2022. Rapporto su mandato della Regione Emilia-Romagna.

Garante per la privacy, 2024, Compendio sul trattamento dei dati personali effettuato attraverso piattaforme, Marzo 2024 <https://www.garante-privacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9997624>.

La comunità è di casa

Linee di indirizzo per implementazione della psicologia nelle Case della Comunità in Emilia-Romagna

Rachele Nanni, Anahi Alzapiedi, Milena Bizzocchi,
Luca Brambatti, Barbara Bruni, Luigi Rocco Chiri,
Gabriella Gallo, Fiorello Ghiretti, Francesca Giacobbi,
Barbara Leonardi, Antonella Liverani, Malvina Mazzotta,
Federica Ronchetti, Lorenzo Scaglietti

ABSTRACT

Il saggio descrive la recente DGR 2185/2023 della Regione Emilia-Romagna che fornisce indicazioni alle Aziende per l'implementazione della psicologia nelle Case della Comunità (CdC). L'auspicio è quello di una Funzione psicologica, strutturalmente incardinata nelle nuove CdC, integrata nei diversi dispositivi organizzativi ed organismi strategici ed articolata in 4 principali linee di azione:

1. Consultazione Psicologica Primaria (CPP) in integrazione con MMG/PLS.
2. Promozione della Salute di Comunità.
3. Supporto al mantenimento della qualità di vita alle persone con malattia somatica.
4. Consulenza organizzativa e formazione ai diversi team multiprofessionali.

La CPP è presente presso tutte le 8 Aziende della Regione Emilia-Romagna con modalità organizzative ed interfaccia con i livelli specialistici differenziate mentre le altre linee di azione trovano applicazioni meno omogenee. Nei 4 box viene presentato un esempio di traduzione operativa per ognuna.

*Il Servizio Sanitario Nazionale è stato,
ed è, un grande motore di giustizia,
un vanto del sistema Italia
che ha consentito di aumentare
le aspettative di vita degli italiani,
ai più alti livelli mondiali.
Non mancano difetti e disparità da colmare.
Ma si tratta di un patrimonio
da preservare e da potenziare.
(Sergio Mattarella, 31 dicembre 2018)*

Rif.
Rachele Nanni, *psicologa psicoterapeuta*
Direttrice UOC Psicologia clinica e di comunità,
AUSL di Ferrara
347 1211409
rachele.nanni@ausl.fe.it

Introduzione

Il DM 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" introduce una riforma sostanziale nell'ambito dell'assistenza territoriale del SSN, in linea con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Tre punti cruciali emergono dalla sua

formulazione: l'organizzazione sinergica delle risorse del welfare istituzionale e del terzo settore; la decentralizzazione gestionale a livello distrettuale per favorire l'accessibilità equa ai servizi, l'integrazione tra servizi innovativi (Centrali Operative Territoriali - COT, Ospedali di Comunità - OSCO, funzioni degli Infermieri di Famiglia e di Comunità - IFeC) e tradizionali (Consultori, Servizi di Salute Mentale e di Sanità Pubblica).

La sfida per il SSR è dunque quella di implementare tali indicazioni nel proprio contesto territoriale, senza duplicare modelli segmentati, consulenziali o poliambulatoriali ma facendo innovazione e raccogliendo la sfida che i nuovi trend demografici e i cambiamenti culturali e sociali in essere ci pongono.

La DGR 2185/2023 costituisce una sintesi di questa prima sistematizzazione, collocandosi in una strategia regionale più ampia che promuove innovazione organizzativa anche attraverso processi partecipati, interprofessionali e interistituzionali come, ad esempio, il Casa Community Lab.

Non si tratta di istituire un nuovo profilo professionale ma di qualificare l'ascolto e le risposte fornite dal primo livello di assistenza, quest'ultimo, così inteso, non tanto come livello di minore complessità ma come porta di accesso e lettura dei bisogni dei cittadini, in grado di differenziare le tipologie di bisogno, orientare all'appropriatezza in direzione ascendente e discendente (specialistica sanitaria, socio-sanitaria o attraverso le risorse della rete comunitaria) e rispondere a deficit nell'accesso alle cure psicologiche da parte del cittadino.

La possibilità di accedere alla consultazione psicologica primaria e una reale valorizzazione dell'approccio di comunità permetterebbero, inoltre, di rispondere a bisogni che spesso giungono, in modo improprio, a sovraffollare i Servizi Specialistici e di intervenire in fase precoce in una logica di prevenzione e promozione della salute.

L'orientamento regionale è quello di una Funzione psicologica, strutturalmente incardinata nelle nuove CdC, integrata nei diversi dispositivi organizzativi ed organismi strategici ed articolata in 4 principali linee di azione:

1. Consultazione Psicologica Primaria (CPP) in integrazione con MMG/PLS.
2. Promozione della Salute di Comunità.
3. Supporto al mantenimento della qualità di vita alle persone con malattia somatica.
4. Consulenza organizzativa e formazione ai diversi team multiprofessionali.

La prima linea di azione è presente presso tutte le otto Aziende della nostra Regione con modalità organizzative ed interfacce con i livelli Specialistici ancora differenziate. Le altre tre linee di azione trovano applicazioni disomogenee e frammentate che esigono un consolidamento progettuale sia

attraverso la leva formativa dei professionisti dedicati sia attraverso dispositivi organizzativi che facilitino la programmazione distrettuale degli interventi. In ognuno dei 4 box sono descritte singole azioni allo scopo di rappresentare esempi di traduzione operativa, certamente non esaustivi delle diverse progettualità in atto.

1. Consultazione Psicologica Primaria (CPP) in integrazione con MMG/PLS

I Disturbi Emotivi Comuni (DEC), così denominati in ragione della loro distribuzione nella popolazione generale, costituiscono l'oggetto specifico della Consensus Conference emanata del 2022 dall'Istituto Superiore di Sanità sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione.

Si stima che non meno di due milioni e mezzo di italiani soffrono nell'arco di un anno di un disturbo d'ansia e oltre il milione di persone di depressione maggiore, laddove le forme medio-lievi sono quelle più diffuse (De Girolamo et al., 2005). Tale bisogno si traduce in domanda di salute che giunge ai MMG/PLS ed ai Servizi di Salute Mentale ottenendo, il più delle volte, risposte di carattere prevalentemente, se non esclusivamente, farmacologico (Lussetti ed al, 2017).

Sul piano organizzativo la co-presenza, presso uno stesso setting istituzionale, del I e del II livello rischia di erodere la tempestività e l'appropriatezza nell'erogazione delle risposte di cura. Per tale ragione la presenza dello psicologo nella CdC risulta strategica al fine di orientare la lettura del disagio psichico, di programmare e realizzare l'accompagnamento verso interventi appropriati a soddisfare i bisogni del paziente, in una prospettiva integrata con i Servizi Specialistici e con le risorse non sanitarie presenti nei territori (Terzo Settore, Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto, luoghi di contrasto all'isolamento, iniziative di inclusione sociale).

Lo psicologo nelle CdC normalizza e de-stigmatizza i DEC, facilita l'adesione ai trattamenti brevi focali e programma interventi comunitari, agevolando il carico decisionale dei professionisti MMG/PLS, in una logica di stepped care ascendente e discendente.

La collaborazione tra lo Psicologo di Comunità ed il MMG/PLS si articola secondo le finalità di:

- prevenire, riconoscere, gestire e trattare il disagio emotivo/disturbi emotivi lievi e favorire la resilienza per la gestione di malattie fisiche, considerando fattori psicologici, ambientali, sociali e culturali;
- integrare i passaggi di cura della Salute Mentale, collegandosi direttamente ai servizi sociosanitari e riabilitativi territoriali in collaborazione con i MMG/PLS;
- favorire l'accesso appropriato ai servizi specialistici di II livello e promuovere risposte di cura dalla rete territoriale, sia formale che informale, inclusi servizi self-help.

BOX 1 - CPP in integrazione con MMG/PLS - AUSL Bologna

Dall'ottobre del 2021, l'UOC di Psicologia Territoriale, DSM-DP dell'AUSL di Bologna, attraverso il Settore della Psicologia nelle CdC, ha sviluppato un sistema di assistenza e di interventi psicologici per i DEC. La proposta è organizzata seguendo i due livelli di intervento:

- CPP: valutazione clinica, descrizione funzionamento interpersonale e delle reti di riferimento, contenimento emotivo, intervento psicoeducativo, eventuale condivisione dell'obiettivo dell'Intervento Psicologico Breve e Focale (IPBF), orientamento verso altri Servizi, attivazione di reti di cura informali.

- IPBF: limitato nel tempo, orientato al problema, focalizzato sul rafforzamento delle strategie di coping individuali e interpersonali. I due livelli prevedono test-retest (ingresso CPP - uscita CPP/ingresso IPBF - uscita IPBF) e l'adozione di self-report: GAD-7 (Sptizer et al., 2006); PHQ-9 (Kroenke et al., 1999); CORE-OM (Evans et al., 2002). L'azione riguarda la popolazione over 18 anni ed è disegnata seguendo prassi con molteplici livelli di raccordo tra categorie professionali. Tutti i dati riportati nel presente box, tabelle incluse, sono stati ottenuti dalla Cartella socio-sanitaria informatizzata Unica Regionale (CURE) nel periodo compreso tra il 01/01/2023 e il 31/12/2023. La Tab. 1 illustra la disposizione del Settore

della psicologia nelle diverse CdC del territorio. Allo stato attuale, le risorse a disposizione sono presenti in ogni Distretto e garantiscono la copertura di circa l'85% della popolazione totale. Il rapporto è di 1 dirigente psicologo ogni 110961 abitanti e dovrebbe progressivamente e auspicabilmente tendere a modificarsi verso un rapporto atteso di 1/50000.

La Tab. 2 sintetizza i dati sociodemografici per distretto mentre la Tab. 3 descrive il grado di coinvolgimento della Medicina Generale nell'utilizzo della CPP.

In Tab. 4 sono riportati i principali raggruppamenti diagnostici formulati in fase di CPP. Risulta maggiormente rappresentata la classe diagnostica F43 sottolineando in questo modo la mission di sostenere e supportare i cittadini nelle transizioni e nei cambiamenti esistenziali. In questa casistica serve sicuramente considerare anche la categoria Z63.

La Tab. 5 sintetizza le principali prestazioni registrate dal Settore della Psicologia nelle CdC. Appare interessante mettere in risalto la quota percentuale di prestazioni "Discussione del caso" (16.84%) a testimonianza del consistente lavoro di riflessione e di connessione inter-professionale (soprattutto psicologo-MMG) e intra-professionale (soprattutto per l'effettuazione dei percorsi di gruppo).

Tab. 1 - Organizzazione territoriale della funzione della Psicologia nella CdC.
Fonte: Cartella socio-sanitaria informatizzata Unica Regionale - CURE 01/01/2023 - 31/12/2023

Distretto	NCP		MMG		Assistiti della CPP		N.CdC Attivate	N. Dir. Psicologi	Totale ore	ULE
	Attivati	In Attesa	Coinvolti	In attesa	Raggiunti	In attesa				
Appennino Bolognese	3	0	34	0	47583	0	2	2	15	0.4
Bologna	17	0	233	0	348431	0	4	5	92	2.4
Pianura Est	5	3	60	39	88546	53867	1	3	36	0.9
Pianura Ovest	3	2	34	17	49249	24545	2	1	23	0.6
Reno-Lavino-Samoggia	4	0	67	0	99078	0	3	2	38	1
Savona Idice	1	3	21	29	29882	37542	1	2	13.5	0.4
Att. gruppali trasversali								1	10	0.3
Totali	33	7	449	85	662769	115864	13	16 (14 effettivi)	227.5	6

Tab. 2 – Sintesi dati sociodemografici per distretto.
Fonte: Cartella socio-sanitaria informatizzata Unica Regionale - CURE 01/01/2023 - 31/12/2023

Distretto	Genere	Età media	Fascia d'età	Cittadinanza italiana (N. - %)
Appennino Bolognese	26 M - (35.1%)	46.88	18-30 - (23.1%) 41-50 - (23.1%)	24 - (92.1%)
	48 F - (64.9%)	45.52	18-30 - (25%) 51-60 - (25%)	45 - (93.7%)
Bologna	177 M - (35.5%)	42.82	18-30 - (28.2%)	164 (92.7%)
	323 F (64.6%)	45.56	41-50 - (24.5%)	285 - (88.2%)
Pianura Est	57 M - (35.0%)	46.85	18-30 - (31.6%)	55 - (100%)
	106 F - (65.0%)	43,39	51-60 - (26.4%)	96 - (90.6%)
Pianura Ovest	36 M - (22,6%)	44.75	18-30 - (30.6%)	35 - (97.2%)
	123 F - (77.4%)	50.62	51-60 - (22.8%)	117 - (95.1%)
Reno-Lavino-Samoggia	55 M - (32.0%)	48.76	51-60 - (27.3%)	52 - (94.5%)
	117 F - (68,0%)	50.02	51-60 - (29,3%)	106 - (98.6%)
Savena-Idice	13 M - (30.2%)	46.23	31-40 (30.8%)	13 - (100%)
	30 F - (69.8%)	50.07	18-30 - (23%) 51-60 - (23%)	27 - (90%)

Tab. 3 – Coinvolgimento MMG.
Fonte: Cartella socio-sanitaria informatizzata Unica Regionale - CURE 01/01/2023 - 31/12/2023

Distretto	N. utenti con accesso alla CPP	N. MMG invianti/MMG totali	Invio medio per MMG	Tasso invii per 1000 abitanti
Appennino Bolognese	74	28/34 - (82.4%)	2.64 (min 1 - Max 10)	1.55
Bologna	500	162/233 - (69.5%)	3.08 (min 1 - max 15)	1.44
Pianura Est	163	49/60 - (81.7%)	3.33 (min 1 - Max 13)	1.84
Pianura Ovest	159	30/34 - (88.2%)	5.30 (min 1 - Max 24)	3.23
Reno-Lavino-Samoggia	172	55/67 - (82.1%)	3.13 (min 1 - Max 9)	1.74
Savena Idice	43	21/21 - (100%)	2.05 (min 1 - Max 12)	1.44
TOTALI	1111	345/449 - (76.8%)	3.22 (min. 1 - Max 24)	1.68

Tab. 4 – Diagnosi principali.
Fonte: Cartella socio-sanitaria informatizzata Unica Regionale - CURE 01/01/2023 - 31/12/2023

Codice e diagnosi	N. - (percentuale/570 Diagnosi totali formulate)
F43 Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento	202 - (35.4%)
F41 Altri disturbi d'ansia	129 - (22.6%)
Z63 Altri problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare	45 - (7.9%)
F30-F39 Disturbi dell'umore [affettivi]	43 - (7.5%)
F41 Diagnosi non indicata	29 - (5.1%)
Z03 Osservazione ed esame per sospetto di malattie e condizioni	27 - (4.7%)
F40 Disturbi ansioso-fobici	13 - (2.3%)
F60-F69 Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	13 - (2.3%)
Z56 Problemi legati al lavoro o alla disoccupazione	12 (2.1%)
Altri disturbi (bassa frequenza)	35 (6.1%)
Altri Codici Z (bassa frequenza)	22 (3.9%)

Tab. 5 – Prestazioni complessive offerte dalla Psicologia nella CdC.
Fonte: Cartella socio-sanitaria informatizzata Unica Regionale - CURE 01/01/2023 - 31/12/2023

Prestazioni	N. - percentuale sul totale prestazioni (N=5896)
Colloquio psicologico clinico	4088 - (69.3%)
Discussione caso	972 - (16.5%)
Psicoterapia di gruppo (seduta)	356 - (6.0%)
Psicoterapia individuale (seduta)	395 - (6.7%)
Altra tipo di prestazione (bassa frequenza)	85 - (1.4%)

2. La promozione della Salute di Comunità

Costituisce l'area di intervento più innovativa e sfidante. Rappresenta l'obiettivo di costruzione di una nuova Casa in cui non vengano solo aggiunte nuove stanze, con funzioni esclusivamente ambulatoriali, ma in cui costruire, insieme ad altri nuove funzioni orientate alla prossimità, all'aggancio, alla promozione di prassi inclusive, all'alimentazione di relazioni protettive e significative, in particolare per i target

di popolazione più vulnerabili (anziani, persone affette da patologie croniche, caregivers familiari...).

Oltre all'attività di promozione della salute, implementata in ogni azienda attraverso il Piano Locale della Prevenzione, questa area comprende il lavoro di comunità e l'attivazione di processi di partecipazione e co-progettazione con altre Agenzie compreso il terzo settore, formazione, istruzione, scuole e i cittadini.

BOX 2 - “Un taglio al disagio” – Progetto di Empowerment di Comunità dedicato ai professionisti del benessere estetico – AUSL Modena

Le attività di acconciatore ed estetiste offrono alle donne e agli uomini un luogo per curare il loro benessere fisico ed emotivo. L'atmosfera informale e l'attenzione centrata sul corpo facilitano lo stabilirsi di relazioni di fiducia, in cui il cliente si lascia andare. Spesso gli appuntamenti aprono a conversazioni sulla vita dei clienti, tanto da trasformare i professionisti in veri e propri confidenti sullo stato di benessere e sulla salute delle persone.

Presso l'Ausl di Modena, l'esistenza dei Centri di Psicologia Clinica Adulti all'interno della Struttura Complessa di Psicologia Clinica e di Comunità, Dipartimento di Cure Primarie, ha consentito alla nuova figura dello Psicologo di Comunità di potersi orientare maggiormente verso le attività di natura non clinica.

In tema di Promozione della Salute comunitaria, l'aspetto innovativo del contributo dello Psicologo consiste nel favorire il cambio di paradigma previsto dalla trasformazione delle “Case della Salute” in “Case della Comunità”: la territorializzazione della salute attraverso la facilitazione di percorsi partecipati che coinvolgano i cittadini nella lettura dei bisogni e nella co-progettazione di proposte.

Una prima applicazione di questo modello presso l'Ausl di Modena è stata implementata in via sperimentale presso il distretto montano di Pavullo, in collaborazione con la Direzione del Distretto e con il responsabile della Prevenzione e Promozione della Salute. Il progetto, rivolto ad acconciatore ed estetiste, è finalizzato al coinvolgimento di questa categoria professionale allo scopo di favorire la capacità di individuare bisogni di tipo psicologico e promuovere la conoscenza della rete dei servizi. Lo sviluppo del progetto ha previsto l'invito a tutti gli esercenti per due tavoli di lavoro alla presenza dello Psicologo di Comunità, dei referenti Promozione della Salute e della Direzione del Distretto. Nei due incontri lo psicologo ha facilitato una discussione finalizzata alla raccolta di bisogni, stimoli, criticità rispetto al benessere della clientela e al ruolo dell'acconciatore/estetista nell'intercettare problematiche di salute fisica e psicologica. Si è scelto di mantenere uno stile informale, non connotato da specifici riferimenti teorici.

È emerso che rispetto al passato il lavoro è molto più incentrato sul cliente, che spesso parla di aspetti personali e delle proprie fragilità, riferendo problemi ai quali, a volte, è complesso dare una risposta. Si incontrano persone con problemi legati alla gestione delle emozioni, alla genitorialità, ma anche disturbi del comportamento alimentare o abuso di alcool e sostanze. Alcuni clienti,

inoltre, versano in situazioni particolari di salute (patologie tumorali, endocrinologiche, pre- e post-parto). Le richieste delle persone vertono anche intorno ad aspetti sanitari (disturbi ormonali, unghie incarnite, micosi) che richiederebbero un intervento specialistico che a volte vengono gestiti in modo improprio.

La richiesta emersa dai tavoli di lavoro è stata: “Come gestire una giornata piena di ascolto di problemi?”. Gli esercenti hanno chiesto supporto per acquisire tecniche per gestire le situazioni descritte e hanno richiesto di conoscere meglio i percorsi sanitari dedicati al disagio psicologico.

Sulla base di quanto emerso, i partecipanti ai tavoli sono stati invitati a due incontri formativi/informativi. “I principali servizi/progetti a disposizione dei cittadini del Distretto di Pavullo”, condotto da operatori del CSM, SerDP, Consultorio Familiare, Centro Disturbi Cognitivi, e “Migliorare le mie capacità di ascolto mantenendo una giusta distanza” condotto dalla Psicologa di Comunità. Quest'ultimo incontro ha previsto un lavoro professionale psicologico relativamente a: tecniche di comunicazione; elementi teorici sullo stress; esercizi pratici di decompressione derivati da mindfulness e psicoterapia corporea.

I punti di forza del progetto consistono nella realizzazione di un intervento di empowerment di comunità, destinato a cittadini non-operatori sanitari, per fornire loro strumenti e indicazioni finalizzati a creare sinergie con i servizi e contribuire al miglioramento della salute della popolazione e nel costituirsi come un progetto innovativo che intercetta un ambito in cui donne e uomini tendono a parlare liberamente dei propri problemi e a lasciarsi andare a confidenze personali in un'atmosfera rilassata e non giudicante.

Il progetto “Un taglio al disagio” si pone in sinergia con un progetto parallelo di prevenzione dal titolo “Piacersi è importante, la cura del nostro corpo” svolto dalla Psicologa di Comunità nell'ambito del ciclo di incontri: “Al mercoledì: storie di incontri tra benessere e salute” presso il Centro Sociale “Bonvicini” di Pavullo e in incontri di socializzazione organizzati dall'associazione “51 e più” di Serramazzone che si rivolge prevalentemente a persone anziane. Tali interventi sono stati gestiti da un'estetista, che ha dato indicazioni rispetto alla cura del corpo e al miglioramento del proprio aspetto e dalla Psicologa di Comunità che ha delineato gli aspetti positivi della cura di sé e proposto un'esercitazione mindfulness.

È in progettazione un intervento di follow-up a settembre/ottobre 2024, finalizzato a raccogliere gli esiti del lavoro svolto e alla diffusione/disseminazione dei concetti acquisiti nell'ambito della categoria professionale interessata, coinvolgendo i colleghi con modalità peer.

3. Supporto al mantenimento della qualità di vita alle persone con malattia somatica

Le cure intermedie comprendono i percorsi sociosanitari per la transizione dalla cura ospedaliera al territorio. I percorsi psicologici in questa area si concentrano sul benessere di pazienti con patologie somatiche. Gli obiettivi prefissati sono quindi di supportare i pazienti in condizioni di stabilità clinica che stanno affrontando fasi critiche della vita e sostenere i rispettivi caregivers, valutando il carico assistenziale tramite strumenti validati e indicati (DGR 1546 del 2022) e mettendo in atto interventi interprofessionali di supporto ed inclusione sociale.

4. Consulenza organizzativa e formazione ai diversi team multiprofessionali

La formazione di tutti i professionisti delle CdC è obiettivo strategico non solo rispetto l'acquisizione di conoscenze e competenze ma anche come dispositivo di integrazione fra

professionisti con competenze diverse nella direzione della co-progettazione che connota la CdC come luogo di relazioni e di pensiero progettuale. Le esperienze di formazione congiunta tra MMG/PLS e psicologi delle CdC effettuate sino ad ora nella nostra Regione si sono rivelate propedeutiche alla condivisione del modello di lavoro consulenziale e vanno quindi consolidate e strutturate. Sono poi state sperimentate, ancora in modo puntiforme ma promettente, modalità esperienziali/formative orientate a creare comunità professionali nuove che si percepiscano in grado di superare elementi di organizzazione esclusivamente verticali e valorizzando il contributo orizzontale di condivisione e creatività propositiva. Le equipe delle CdC possono crescere solo divenendo, esse stesse *comunità prima di tutto interprofessionali* in grado di meticcicare saperi, competenze e conoscenze attive dei territori entro cui sono immerse; in grado di divenire spazi riconosciuti ed "abitati" dai cittadini.

BOX 3 - Supporto psico-sociale e attivazione di interventi integrati di inclusione sociale nei confronti di caregivers di utenti con disturbi neurocognitivi degenerativi - AUSL Romagna

Nell'ambito del percorso diagnostico terapeutico per le demenze codificato in AUSL Romagna dal 2020 (PA 239/2020 e PA 286/2023) è previsto da parte degli psicologi operanti nei Centri Disturbi Cognitivi Demenze (CDCD) un sistema di presa in carico globale della persona con demenza e del familiare/caregiver dalla fase del sospetto diagnostico a quella terminale, con un peso differente a seconda dello step evolutivo.

Gli psicologi dei CDCD operano in rete con gli altri professionisti del centro (medici, infermieri, assistenti sociali) e con le associazioni di volontariato. Nell'ambito di questa programmazione rientrano il supporto psicologico, gli interventi formativo/informativi e i trattamenti non farmacologici.

Questi ultimi hanno finalità riabilitative ma anche inclusive rispetto alla persona con demenza e al suo caregiver. Il supporto al caregiver prevede momenti formativi rispetto al percorso di malattia e momenti di sostegno emotivo grupppale e/o individuale.

Tale mandato si colloca in un ambito di Cure Primarie strettamente coerente e condiviso con il mandato degli

psicologi che operano all'interno delle CdC. Ciò ha dato vita negli ultimi anni a modalità di realizzazione degli interventi sempre più condivise all'interno delle equipe di Cure Primarie vedendo coinvolti i professionisti del CDCD e delle CdC.

Tra gli interventi rivolti ai caregivers si annoverano: programmi di psicoeducazione, formazione all'assistenza in integrazione con altre figure socio-sanitarie (assistenti sociali, medici, fisioterapisti, dietisti...), condivisione e supervisione di interventi di inclusione sociale gestiti dalle Associazioni di riferimento (gruppi formativi e di sostegno, di aiuto mutuo aiuto, di rilassamento e yoga, Mindfulness). Vengono inoltre erogate consulenze per supporto psicologico individuale. A queste, si aggiungono iniziative di prevenzione, sensibilizzazione al tema e alla salute nell'invecchiamento rivolte alla cittadinanza in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica. Per l'anno 2023 nell'Ausl della Romagna sono 2.455 i caregivers ai quali è stato fornito supporto psicologico in forma individuale; di questi 609 sono stati coinvolti anche in percorsi grupppali di sostegno o auto-mutuo aiuto.

L'attività è stata realizzata presso ciascun territorio attraverso la stretta integrazione con le Associazioni di riferimento, gli Enti Locali ed i Servizi Sociali Territoriali.

BOX 4 - Formazione congiunta fra Psicologi delle CdC ed Infermieri di Famiglia e di Comunità - AUSL Ferrara

Tra novembre 2023 e febbraio 2024 è stato realizzato un percorso di formazione congiunta tra Psicologi delle CdC e IFeC al fine di favorire un processo di confronto, collaborazione e possibile condivisione di progetti. Sono stati coinvolti 62 professionisti, di cui 56 IFeC e 18 Psicologi. Di questi ultimi 10 effettivamente operanti all'interno delle CdC ed 8 in altri Servizi ma interessati a conoscere meglio la figura degli Ifec e le possibili integrazioni.

Il percorso è stato articolato in 5 incontri di 3 ore che hanno visto impegnati Psicologi ed Infermieri di famiglia e di comunità come docenti e come discenti secondo il seguente programma tematico:

- conoscenza di reciproci ruoli e funzioni;
- supporto alla genitorialità e al disagio perinatale;
- disagio psicologico ed isolamento degli adolescenti;
- lettura e contrasto della violenza di genere;
- stress e bisogni psicologici dei caregiver familiari.

Gli incontri si sono svolti attraverso una preliminare illustrazione dei ruoli, funzioni e modalità di possibile intervento nelle aree selezionate. La discussione si è poi

articolata attraverso la presentazione di casi, identificazione di strumenti ed indicatori di disagio, identificazione delle possibili integrazioni interprofessionale nell'affrontarli.

Al termine dell'esperienza è stato somministrato un questionario anonimo on-line orientato a valutare le reciproche rappresentazioni ed aspettative. Al questionario hanno risposto 42 professionisti su 62 pari al 67% dei partecipanti. Di questi 32 infermieri (69% dei partecipanti al corso) e 10 psicologi (55% dei partecipanti al corso). I professionisti che non hanno preso parte a tutti gli incontri (fra i quali gli psicologi che non operano nelle CdC) hanno scelto di non partecipare alla rilevazione. Si presenta in questa sede solo una sintesi parziale di alcune delle percezioni rilevate.

La formazione congiunta ha migliorato la comprensione reciproca dei ruoli che appare abbastanza articolata e sfaccettata da parte di entrambi i gruppi professionali. Emerge la necessità di implementare dispositivi organizzativi strutturali che facilitino la creazione di "comunità di pratica" interprofessionali. Viene identificato il valore aggiunto di un approccio integrato e partecipativo per rispondere ai bisogni della comunità su molte aree di intervento comune.

Percezione del Ruolo degli Psicologi delle CdC da parte degli Ifec

Gli Infermieri di Famiglia e di Comunità vedono gli Psicologi di Comunità principalmente come:

- > Figure di supporto psicologico individuale e di gruppo (45,9%);
- > Facilitatori dello sviluppo delle potenzialità individuali (18%);
- > Attivatori, di prevenzione e promozione del benessere (15,5%).

Altri ruoli significativi includono:

- > La valutazione diagnostica e il trattamento delle problematiche emotive;
- > La formulazione di un percorso psicoterapico per elaborare esperienze negative;
- > La ricerca di strategie di fronteggiamento per migliorare le condizioni di vita.

Percezione del Ruolo degli Ifec da parte degli Psicologi delle CdC

Gli Psicologi di Comunità vedono gli Infermieri di Famiglia e di Comunità principalmente come:

- > Un professionista presente e vicino agli utenti della Comunità (25%);
- > Un collegamento fra l'utente alle figure specialistiche in grado di leggere i bisogni dell'utente nel suo ambiente di vita (24%);
- > Un ruolo di ponte tra i servizi sanitari ed i cittadini, capace di creare una rete assistenziale territoriale (31%).

Altri ruoli significativi includono:

- > Fornire assistenza sanitaria di primo livello e di supporto gestione domiciliare in situazioni specifici che.

Quale valore aggiunto ritieni potresti trovare nella collaborazione?**Aspettative prevalenti degli IFeC**

- > Confronto nel trovare soluzione alle problematiche espresse dagli utenti (26%);
- > Collaborare ad azioni di Prevenzione e promozione del benessere (20,5%);
- > Miglioramento qualità dell'assistenza (20%).

Aspettative prevalenti degli Psicologi di CdC

- > Presa in carico integrata dell'utenza (45%);
- > Scambio di conoscenze (20%);
- > Miglioramento della qualità del Servizio (20%);
- > Individuazione tempestiva dei bisogni (15%).

Quali aree di collaborazione vedresti più utili?

Temi principali identificati dagli IFC

- > Disagi giovanili e adolescenziali e genitoriali (25%);
- > Supporto nelle condizioni di emarginazione e solitudine (24.5%);
- > Supporto nelle condizioni di lutto (14%);
- > Supporto, accettazione, gestione di malattie e disabilità (12%).

Temi principali identificati dagli Psicologi CdC

- > Orientare e supportare l'utilizzo appropriato e coerente dei Servizi Sanitari e non Sanitari (rete) (35%);
- > Monitoraggio degli utenti più vulnerabili in contesti familiari (30%).

Tab. 3 – Percentuale assistiti inseriti in strutture socio-sanitarie suddivisi per tipologia di struttura. RER al 01-03-2023
Fonte: Rilevazione RER 2023

5. Gli elementi di miglioramento e le direzioni di marcia

La DGR 2185/23 ha aperto la possibilità di una riorganizzazione integrata degli accessi di I e II livello, proponendo un modello di Servizi strutturati per intensità di cura e trasversali ai DSM-DP, DPC e Salute Donna, Infanzia e Adolescenza.

Per implementare tale progetto, è essenziale stabilire obiettivi comuni:

1. Implementare e diffondere il progetto nelle CdC, in termini di stabilità di risorse professionali psicologiche dedicate e specificatamente formate.
2. Progettare una co-formazione con gli altri professionisti delle CdC, anche attraverso dispositivi organizzativi che favoriscano la strutturazione di equipe periodiche stabili.
3. Consolidare relazioni di rete e protocolli di collaborazione con i Servizi di II livello che incrementino la continuità di presa in carico sia in direzione ascendente sia discendente;
4. Implementare il coinvolgimento degli psicologi in interventi di welfare partecipativo.
5. Individuare una definizione degli esiti attesi, non solo in termini prestazionali ma anche di processo e di impatto sulla comunità e di qualità percepita dei servizi.

Le azioni da intraprendere affinché la domanda possa incontrare offerte efficaci e sostenibili che consentano il più efficiente utilizzo di risorse professionali dovranno puntare su scelte organizzative che valorizzino:

- la trasversalità dei luoghi di progettazione oltre i singoli setting clinici-assistenziali;
- il coordinamento operativo non solo multiprofessionale ma pluri istituzionale;
- la programmazione operativa, soggetta a strumenti di verifica degli esiti, al fine di consentire rimodulazioni progressive coerenti condivise con i soggetti portatori di bisogni.

Sarà inoltre fondamentale rinforzare parallelamente il sistema della Salute Mentale per garantire che l'intero spettro dei bisogni espressi incontri servizi e supporti accessibili, appropriati attraverso un network basato sulla comunità (WHO «Mental Health Global Report 2022»).

Co-autori

Anahi Alzapiedi, *psicologa psicoterapeuta, Direttrice UOC Psicologia clinica e di Comunità, AUSL di Parma*

Milena Bizzocchi, *psicologa psicoterapeuta, Responsabile SSD Psicologia Clinica e Psicopatologia, Ambito Territoriale di Ravenna, AUSL della Romagna*

Luca Brambatti, *psicologo psicoterapeuta, Responsabile UOS Coordinamento delle funzioni di Psicologia Clinica e delle attività di Psicologia di Comunità nella rete del DSM-DP; Responsabile programma aziendale di psicologia clinica e di comunità, AUSL di Piacenza*

Barbara Bruni, *psicologa psicoterapeuta, Responsabile UOS Psicologia della Salute, Clinica e di Comunità, AUSL di Parma*

Luigi Rocco Chiri, *psicologo psicoterapeuta, IAS Coordinamento Settore Psicologia nelle Case di Comunità, UOC Psicologia Territoriale AUSL di Bologna*

Gabriella Gallo, *psicologa psicoterapeuta, Direttrice UOC psicologia territoriale, AUSL di Bologna*

Francesca Giacobbi, *psicologa psicoterapeuta, SerDP, UO Salute mentale di comunità adolescenti e giovani, AUSL di Piacenza*

Fiorello Ghiretti, *psicologo psicoterapeuta, Responsabile Programma Aziendale Psicologia Clinica e di Comunità, AUSL di Reggio Emilia*

Barbara Leonardi, *psicologa psicoterapeuta, UOC Psicologia territoriale, Dipartimento salute mentale dipendenze patologiche, AUSL di Bologna*

Antonella Liverani, *psicologa psicoterapeuta, Responsabile Struttura Semplice Interdipartimentale Psicologia della Salute e di Comunità di Forlì-Cesena, AUSL della Romagna*

Malvina Mazzotta, *psicologa psicoterapeuta, Responsabile Programma Aziendale Psicologia Clinica e di Comunità, Psicologia Ospedaliera, AUSL di Imola*

Federica Ronchetti, *psicologa psicoterapeuta, Direttrice UOC Psicologia Clinica e di Comunità, Direttore ff Distretto di Sassuolo, AUSL di Modena*

Lorenzo Scaglietti, *psicologo psicoterapeuta, Settore Psicologia clinica, Responsabile dei Percorsi territoriali di Comunità, AUSL di Modena*

Bibliografia

DM 23 maggio 2022, n.77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" (2022, 23 Maggio). Gazzetta Ufficiale, (144), 8-77.

Clark, D. (2018), *Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program*, *Annu Rev Clin Psychol*, 14: 159-183.

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Audin, K. (2002). *Towards a standardized brief outcome: psychometric properties and utility of the CORE-OM*. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.

Evans C, Connell J, Barkham M et al (2003), *Practice-based evidence: benchmarking Nhs primary care counselling services at national and local levels*, *Clin Psychol Psychother*, 1: 374-388.

Francescato D., Tomai M. (2023) *Manuale di psicologia di comunità. Teorie, metodi, esperienze per il benessere delle società contemporanee*. Il Mulino

Ingresso. M. (2023). *La prospettiva di welfare community nella progettazione e sperimentazione delle Case della Comunità*. Il Mulino, Rivisteweb. Autonomie locali e servizi sociali (ISSN 0392-2278), Fascicolo 1, aprile 2023.

Istituto Superiore di Sanità (1/2022), *Consensus conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*.

Layard R., Clark D. (2014), *Thrive: the power of evidence-based psychological therapies*, London, Penguin.

Layard R., Clark D., Knapp M et al (2007), *Cost-benefit analysis of psychological therapy*, *Natl Inst Econ Rev*, 202 (1): 90-98.

Lussetti M., Taranto L., et al (2018) *I muri invisibili: la salute mentale di comunità a 50 anni dall'Istituzione Negata*, Nuova Rassegna di studi psichiatrici, 17.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2001). *The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure*. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-13.

Delibera N. 2185 della Giunta Regionale della Regione Emilia-Romagna, (2023) *Linee di indirizzo per l'implementazione della Psicologia nelle Case di Comunità*.

Delibera di Giunta Regionale della Regione Emilia-Romagna.(2021), *Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per l'area "Psicologia Clinica della Salute e di Comunità" e definizione del monitoraggio relativo all'applicazione delle linee stesse nell'ambito del territorio regionale*.

Rebecchi, D., (a cura di), (2018), *I percorsi clinici della psicologia* Milano, Franco Angeli.

Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., Lowe, B. (2006) *A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder*. *Archives on Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

World mental health (2022) Report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization.

Formazione Infermiere di famiglia e comunità e ricaduta organizzativa

Una sfida per il cambiamento Case della Comunità AUSL della Romagna

Marco Senni, Federica Boschi, Domenico Derasmo,
Barbara Di Stefano, Cristina Fabbri, Andrea Galeotti,
Riccardo Galeotti, Emanuela Manzari, Tiziana Marzulli,
Silvia Mazzini, Linda Prati, Giulia Silvestrini,
Mauro Taglioni, Laura Tedaldi

ABSTRACT

Il saggio presenta la descrizione del progetto formativo condotto in AUSL Romagna per guidare il cambiamento organizzativo che vede la trasformazione degli Infermieri di Assistenza Domiciliare in Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC). La Formazione-Azione si è rivolta a tutti gli Infermieri di Assistenza Domiciliare che già hanno competenze consolidate e strutturate nei setting territoriali, ma anche ai colleghi neo inseriti che si stanno avvicinando al setting del territorio ma che ancora non hanno competenze specifiche del contesto.

La formazione ha avuto 3 focus:

- i) Fornire gli strumenti per la costruzione del profilo di salute di un territorio, conoscere opportunità territoriale formali ed informali, elementi di prevenzione e counselling, coinvolgere le comunità, conoscere strumenti per seguire/costruire i percorsi utenti fragili.*
- ii) Necessità di conoscere maggiormente l'offerta dei servizi territoriali e le modalità di accesso al fine di poter guidare i cittadini nei vari percorsi a seconda dei bisogni espressi come esigenza espressa dai discendenti.*
- iii) Il valore dei laboratori che hanno permesso un ragionamento clinico in un contesto d'aula, quindi protetto, per comprendere i problemi dei pazienti e pianificare azioni; allo stesso tempo, valutando i risultati e facendo riflessioni per poter apprendere dallo stesso processo.*

Introduzione

Le modifiche demografiche avvenute in questi anni nel territorio nazionale, hanno portato a rimodulare l'approccio socio sanitario, cercando di potenziare e agire all'interno dell'Assistenza Sanitaria Primaria, definita come "l'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possano sostenere in ogni stadio del

Rif.
Marco Senni, infermiere Responsabile
Infermieristico Dipartimento Cure Primarie Fo-Ce Ausl Romagna
348 8952750
marco.senni@auslromagna.it

loro sviluppo, nello spirito dell'autofiducia e della auto-determinazione. Occorre quindi ripensare ad un approccio socio sanitario innovativo, capillarizzato nel territorio, anche dal punto di vista infermieristico, non nell'espressione puramente e solamente assistenziale, ma piuttosto educativa, informativa, di *decision making*, come punto nodale di riferimento soprattutto per "le categorie di persone più fragili"¹ (Legge 77/2020) tra cui la popolazione anziana affetta da patologia cronica (sicuramente un *target* preferenziale), o soggetti fragili e/o affetti da multi morbidità, ma anche negli istituti scolastici che seguono bambini e adolescenti, nelle strutture residenziali, con lo scopo di promuovere la salute e il benessere nella comunità, ispirandosi al principio di piena integrazione socio-sanitaria e di connessione sistemica.

La figura dell'IFeC è stata specificatamente introdotta a livello normativo nella L.n. 77/2020; la Conferenza delle Regioni e delle provincie Autonome ha seguitamente emanato delle "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità", che mirano a favorire l'accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, l'integrazione fra le diverse professioni (comprendendo l'IFeC), con l'obiettivo di garantire la presa in carico integrata del cittadino/assistito. Il concetto di prevenzione, promozione della salute e il concetto di proattività, sono elementi fondamentali nell'alveo delle competenze dell'IFeC, concretizzandosi nella necessità di incrementare l'*empowerment* individuale, sviluppando abilità di *self-care* (il cittadino deve diventare autonomo il più possibile, in base ovviamente alle proprie condizioni), e l'*empowerment* di comunità, cercando di superare il modello prestazionale, ancora presente nei servizi territoriali.

Un altro elemento determinante, è l'aspetto legato all'integrazione multidisciplinare e con le interfacce esistenti sul territorio, creando percorsi condivisi e contribuendo al potenziamento della rete sociosanitaria, creando delle micro-equipe, per esempio IFeC e Medici di Medicina Generale (MMG) o Pediatri di Libera Scelta (PLS), che sono i professionisti primariamente coinvolti a livello territoriale, che si "[...] possano far carico dell'assistito anche h 24, nella complementarietà dei ruoli, competenze e funzioni di chi, unico, il paziente può davvero assisterlo sul territorio, nella piena domiciliarità"² (Mangiacavalli 2018).

1. Contenuti ed articolazione formazione

Nell'anno 2022 si è svolto presso l'AUSL della Romagna, in sinergia con la Fondazione Alma Mater UNIBO, un corso di perfezionamento rivolto ad infermieri scelti attraverso un bando di manifestazione d'interesse e provenienti dalle Cure Primarie, che aveva l'obiettivo di formare i primi operatori

che avrebbero poi svolto la sperimentazione del nuovo modello organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. Nell'anno 2023 in AUSL della Romagna si è definito il modello organizzativo dell'IFeC considerando il patrimonio di competenze già presenti all'interno dell'Azienda; in tal senso si è deciso di trasformare il Servizio Infermieristico Domiciliare in IFeC prevedendo un ruolo unico dell'Infermiere territoriale; per poter ottemperare a questo cambiamento organizzativo (oltre ad una modifica ed integrazione della dotazione organica rispetto a quello già presente), vi è una forte necessità formativa, elemento imprescindibile quale leva per guidare questa trasformazione.

L'IFeC, attraverso la formazione universitaria post base, deve acquisire e implementare conoscenze e competenze per:

- valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati come il modello canadese di analisi e intervento familiare di *Calgary*³ (Health at a Glance 2018);
- promozione della salute e prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili, tra cui: il *Population Health Promotion Model*, l'*Expanded Chronic Care Model* e il *Population Health Management*;
- presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e persone con livelli elevati di rischio di malattia;
- conoscenza dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute;
- sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico anche nell'ottica di un ambiente sicuro (es: vaccinazioni, Covid 19);
- relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti;
- valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, in sinergia con il MMG, i PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio;
- definizione di programmi di intervento infermieristici basata su prove scientifiche di efficacia;
- creazione e valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale;

Note

- 1 Legge "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19" n.77 del 17 luglio 2020, art 1 comma 4.
- 2 B. Mangiacavalli (FNOPI) in *Quotidianosanita.it* 11.12.18 "L'infermiere di famiglia. Una soluzione per la cronicità? Ne abbiamo parlato con infermieri, medici e cittadini".
- 3 OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing; 2018.

- definizione di ambiti e problemi di ricerca;
- utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici per la documentazione dell'attività assistenziale che concorrono alla rendicontazione dell'attività svolta sul territorio di riferimento.

Per portare avanti il progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in AUSL della Romagna si è reso necessario un percorso formativo per i professionisti coinvolti con due proposte formative:

- Proposta Formativa per nuovi IFeC: corso di perfezionamento per gli operatori non afferenti al contesto dell'assistenza domiciliare, ma che sono stati identificati per ricoprire il ruolo di IFeC; tale corso intende formare professionisti con competenze avanzate nella gestione dell'assistenza proattiva di famiglia e di comunità, garantendo anche una breve esperienza di tirocinio per osservare l'applicazione di quanto appreso nella pratica quotidiana. Durata prevista: 120 ore (40 ore di moduli didattici, 20 ore di laboratori, 60 ore di tirocinio). Questa proposta deve ancora essere attuata.

- Proposta Formativa per infermieri già in assistenza domiciliare:

percorso di formazione integrativo, rivolto a coloro che già operano nel contesto territoriale, al fine di rafforzarne le competenze già presenti e preparare gli operatori a ricoprire il ruolo di IFeC nei territori nei quali verranno assegnati. Durata prevista: 60 ore (40 ore di moduli didattici, 20 ore di laboratori). Questa proposta formativa è terminata e ha visto la formazione di 200 infermieri attualmente collocati in Assistenza Domiciliare, afferenti agli 8 Distretti aziendali.

I contenuti formativi dei corsi risultano sovrapponibili, ciò che li differenzia è la presenza di un tirocinio formativo per gli operatori non afferenti all'assistenza territoriale.

Nello specifico, oltre a temi di organizzazione e tecnologie moderne, le discipline didattiche si sono concentrate sul "core competence" in particolare: evoluzione dei sistemi sanitari e modelli organizzativi in cure primarie, epidemiologia e bisogni di salute della persona e della collettività, dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa: ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità, educazione e promozione della salute, elementi di sanità pubblica, *health literacy* e disuguaglianze, comunicazione, ascolto attivo e counseling motivazionale, infermieristica basata sull'evidenza scientifica.

Le 20 ore per i Laboratori si sono concentrate in merito a:

- analisi della rete dei servizi sociosanitari presenti negli ambiti distrettuali al fine di esercitarsi e ricercare le potenzialità che quel dato territorio offrono in termini di servizi sanitari, sociali e del volontariato.

- Ragionamento clinico su un caso reale. Il *Clinical Reasoning* (CR) utilizza dimensioni "core" quali la pratica delle conoscenze, il ragionamento riflessivo e le *metaskills* e trasferisce queste capacità agli altri attori del processo. La presa di decisioni e il CR si verificano a tutti i livelli micro, macro e meta e può essere condotto in modo individuale o collettivo. Implica *metaskills* quali la conversazione critica, conoscenza, modelli di pratica autentica e riflessiva⁴ (Higgs 2006).

- Analisi di un caso reale e sessione di *role playing* allo scopo di sviluppare abilità di *problem solving*, comunicazione e collaborazione.

Sono state realizzate 6 edizioni (da 60 ore l'una), due per ogni ambito provinciale (RA, FC, RN), che hanno visto la partecipazione di 200 infermieri che già appartenevano al contesto territoriale (8 Distretti).

Le sessioni formative teoriche si sono tenute in presenza, e sono state videoregistrate. Alcune lezioni hanno previsto anche momenti interattivi e/o di gruppo.

Per ogni edizione formativa sono stati individuati professionisti aziendali dei vari ambiti territoriali (RA, FC, RN) o docenti esterni (Università di Bologna) coerentemente con gli obiettivi delle sessioni formative individuate.

2. Valutazione efficacia Corso di formazione

Questo Corso ha previsto la compilazione da parte dei partecipanti di questionari di soddisfazione rispetto alle lezioni in termini di chiarezza, utilità, concretezza, ecc.. Questo tipo di "valutazione" ha sicuramente un suo valore, ma non entra nel merito, se non in modo indiretto sul grado di apprendimento/cambiamento avvenuto nei partecipanti al corso.

2.1. Valutazione reazioni e osservazioni al termine del corso

Sono state raccolte informazioni sulla soddisfazione del Corso come indicatori "proxi" dell'apprendimento.

L'attendibilità dei dati raccolti è un aspetto critico di questi metodi, se si pensa ai complessi vissuti e le ambivalenze che accompagnano sempre le proposte di cambiamento; in tal senso è stato deciso di somministrare un secondo questionario di apprendimento a distanza di tempo, quando il gruppo avrà elaborato quanto appreso nel Corso. Il formatore, durante l'attività formativa ha attenzionato queste reazioni, e senza dubbio la possibilità di capirle è

Note

⁴ Higgs J., Jones M., Trede F., Loftus S. et al 2006.

stato un presupposto fondamentale all'autentica comprensione dell'altro nella relazione educativa. Oltre alla discussione, che abitualmente veicola vissuti e osservazioni di questo tipo, il questionario di soddisfazione ci ha dato i risultati a seguire (Tab. 1).

I discenti, al termine della valutazione quantitativa del questionario, avevano una domanda aperta nella quale potevano scrivere cosa gli era piaciuto maggiormente e proposte di miglioramento. L'aspetto più apprezzato è stata la presentazione delle reti dei Servizi poiché gli stessi discenti, nonostante lavorino già nel contesto domiciliare, avevano una conoscenza generica:

i) la modalità di accesso ai servizi, i criteri per accedervi, l'offerta erogata e le opportunità non erano così chiare e note; se l'IFeC non è solo un erogatore di *care*, ma è anche un attivatore potenziale di *care*, è necessaria questa conoscenza per abbattere anche i muri tra i vari servizi territoriali.

ii) Il valore dell'IFeC non è solo nella prestazione, ma nella mobilitazione di risorse informali che hanno già ricevuto forme di welfare e che restituiscono al sistema nuove energie e potenzialità contribuendo allo sviluppo del cosiddetto welfare generativo. La conoscenza delle modalità di accesso per ogni servizio è stata fondamentale.

iii) Molti apprezzamenti sono stati evidenziati per la parte di laboratorio relativa alla tecnica di Ragionamento Clinico: se è vero che una pratica professionale competente richiede non solo competenze gestuali e affettive (emozionali), ma anche il coinvolgimento di processi di pensiero complesso, i discenti hanno appreso come il ragionamento clinico rappresenti un processo fondamentale: raccogliere elementi, elaborare le informazioni, giungere alla comprensione dei problemi dei pazienti e al riconoscere particolari situazioni che, necessitano di pianificazione; successivamente la messa a punto di un processo di intervento, di valutazione dei risultati e di riflessione clinica per poter apprendere dal processo stesso.

iv) La tecnica di Ragionamento Clinico applicato a un caso reale, unita alle conoscenze dell'offerta presente in quel Distretto, ha permesso di trovare soluzioni innovative per dare risposta ai bisogni espressi, e non, alla domanda di quella persona (questa parte della formazione è particolarmente piaciuta perché unita alla discussione di gruppo ha permesso il confronto, la discussione del caso e l'identificazione della soluzione migliore).

Tra gli aspetti critici è stato segnalato il poco tempo nel quale si sono concentrate le lezioni, avvenute in pochi mesi (in 4 mesi realizzate 6 edizioni del corso, che hanno portato in aula la quasi totalità del personale afferente al Servizio Infermieristico aziendale).

3. La ricaduta della formazione nella struttura organizzativa AUSL della Romagna

Una prima considerazione preliminare riguarda il rapporto fra formazione e organizzazione: se l'organizzazione è caratterizzata da una struttura rigida ed autoritaria di gestione del potere, poco orientata ai cambiamenti, anche corsi perfetti nella struttura, con contenuti fortemente innovativi troveranno scarsa applicazione. Gli studiosi dell'organizzazione da diversi anni affermano che i cambiamenti individuali, se non vengono tradotti in modificazioni "strutturali" tendono ad essere nulli ed a esaurirsi in breve tempo. "A nulla valgono capacità personali e professionali fuori dal comune in un contesto organizzativo che non attribuisce loro collocazione e risorse (struttura di base) significative"⁵ (Vaccani 1991).

Le ricadute formative a livello territoriale saranno tangibili e reali in AUSL della Romagna nel breve-medio periodo data la riorganizzazione che si vuole apportare in ognuno degli 8 Distretti Sanitari:

1. adeguamento delle risorse infermieristiche alla popolazione (1:3000);
2. ampliamento delle sedi territoriali al fine di essere maggiormente prossimi ai luoghi di vita dei cittadini;
3. lavoro di co-costruzione di questo modello assieme alle altre professioni socio-sanitarie.

Nel breve periodo sarà necessario individuare degli indicatori di efficacia per misurare l'impatto dell'infermieristica di comunità sulla salute della popolazione e sull'efficacia dei processi di promozione ed educazione alla salute.

Conclusioni

L'approccio formativo che si è avviato all'interno dell'AUSL Romagna vuole qualificare le competenze degli infermieri già coinvolti nel setting domiciliare (ma anche acquisirne per chi invece non lavora già in questo contesto), oltre a consolidare e maturare le competenze già agite. La valutazione dell'impatto formativo è un percorso complesso e articolato; certamente il gradimento espresso dai discenti è stato positivo circa le edizioni dei corsi appena conclusi, anche se dovrà essere rivalutato a distanza di tempo. Sarà necessaria un'analisi approfondita di ulteriori dati al fine di valutare gli esiti formativi del progetto rispetto all'organizzazione.

L'auspicio è che l'IFeC diventi una figura chiave di collegamento tra gli attori dell'assistenza primaria, il

Note

5 R. Vaccani, *Sanità incompiuta*, cit. pag. 28.

Cosa ti è piaciuto del corso? Aspetti positivi!
100 responses



Item		Valutazione (0 Per niente 3 Del tutto soddisfatto)
CONTENUTI DEL CORSO	Gli obiettivi formativi sono stati chiari ed espliciti	2,31
	I contenuti delle attività formative sono stati congruenti rispetto agli obiettivi enunciati	2,31
	Gli argomenti trattati sono applicabili nella mia realtà lavorativa	2,28
STRATEGIE	La funzione di coordinamento/tutoraggio è stata adeguata	2,44
DIDATTICHE GRUPPI	La metodologia di lavoro utilizzata è stata adeguata ai fini dell'apprendimento	2,38
	La metodologia a distanza è stata adeguata agli argomenti trattati nel corso	2,34
DOCENZE	1. Padronanza del tema trattato	2,66
	2. Chiarezza espositiva	2,56
	3. Capacità di adattare ai discenti il programma e le attività didattiche previste, etc.	2,50
	4. Utilizzo di tecniche didattiche che hanno favorito il mio apprendimento	2,50
MATERIALI DIDATTICI	La qualità dei materiali a supporto delle attività è stata adeguata (es. slides, bibliografia, documentazione fornita, protocolli, casi clinici, revisioni, istruzioni operative, ecc.)	2,41
CLIMA	L'attività di apprendimento si è svolta in un clima positivo (in termini di coinvolgimento, collaborazione, etc.)	2,47
ORGANIZZAZIONE	1. Gli spazi utilizzati per l'attività formativa sono stati funzionali e accoglienti	2,31
	2. Le attrezzature a disposizione sono state adeguate	2,34
	3. I tempi di svolgimento sono stati adeguati rispetto agli obiettivi e ai contenuti della formazione	2,34
	4. La segreteria organizzativa è stata efficiente	2,50
VALUTAZIONE	La valutazione di apprendimento è stata adeguata agli obiettivi e ai contenuti della formazione	2,47
	Sono complessivamente soddisfatto dell'attività formativa	2,31
CONFLITTO DI INTERESSE	Ha percepito l'influenza di interessi commerciali nei contenuti della formazione?	0,03

Tab. 1 - Valutazione soddisfazione n 200 partecipanti alla formazione per nuovi IFeC

dipartimento di sanità pubblica, il dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, il mondo socio sanitario e gli stake holder, allo scopo di curare e prevenire la salute del cittadino e di promuovere la medicina d'iniziativa.

Co-autori

Federica Boschi, *medico,*
direttore del Distretto Lugo, Ausl Romagna

Domenico Derasmo, *fisioterapista,*
dirigente Professioni Sanitarie, Area Riabilitativa, Ausl Romagna

Cristina Fabbri, *infermiera,*
direttrice Direzione Infermieristica e Tecnica ambito Rimini

Andrea Galeotti, *direttore,*
Direzione Infermieristica e Tecnica ambito Forlì

Riccardo Galeotti, *infermiere,*
Direzione Infermieristica e Tecnica Forlì Ausl Romagna

Barbara Di Stefano, *infermiera,*
direttrice Direzione Infermieristica e Tecnica ambito Cesena

Emanuela Manzari, *infermiera,*
UO Formazione e Valutazione Risorse Umane, Ausl Romagna

Tiziana Marzulli, *medico,*
dirigente Medico Cure Primarie Ravenna, Ausl Romagna

Silvia Mazzini, *infermiera,*
dirigente Professioni Sanitarie, Ausl Romagna

Linda Prati, *infermiera,*
Direzione Infermieristica e Tecnica Forlì, Ausl Romagna

Giulia Silvestrini, *medico,*
dirigente Medico Igiene,
Epidemiologia e Sanità Pubblica Ausl Romagna

Mauro Taglioni, *infermiere,*
già direttore Assistenziale Ausl Romagna
e Direttore Direzione Infermieristica e Tecnica Ravenna

Laura Tedaldi, *infermiera,*
referente Cure Domiciliari, Cure Palliative
e Ospedali di Comunità, Area Assistenza Primaria,
Case della Comunità e Presa in Carico, Direzione Generale
Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna

Bibliografia

- G.P. Quaglino. G.P. Carrozzini, 2003, *Il processo di formazione*, casa editrice Franco Angeli.
- Higgs J., Jones M., Trede F., Loftus S. et al, 2006, *Clinical Reasoning in the Health Professions*, casa Editrice Elsevier NV.
- Barbara Mangiacavalli (2018), "L'infermiere di famiglia. Una soluzione per la cronicità? Ne abbiamo parlato con infermieri, medici e cittadini", *Quotidianosanità.it*, data 11.12.2018.
- FNOP, "Position Statement: L'infermiere di famiglia e di comunità" 2020.
- Legge n. 77/17 luglio 2020, art 1 comma 4 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19".
- OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing; 2018.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, "Dichiarazione di Alma Ata" 1978.
- R. Vaccani, 1991, *Sanità incompiuta*, Casa Editrice Carrocci.

Giocare per conoscere il mondo e... la Casa della Comunità

Laboratorio sul gioco genitore-bambino alla CdC Vecchi di Modena

Barbara Francia, Silvia Bedini, Letizia Bonzagni, Cecilia Conti,
Valeria Magnoni, Eleonora Rossi, Eleonora Varotti

ABSTRACT

Questo articolo illustra l'esperienza del Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza dell'ASL di Modena presso la Casa della Comunità (CdC) "G.P. Vecchi" di Modena, nel promuovere laboratori sul gioco genitore-bambino. Giocare è il modo con il quale il bambino comunica, apprende, si relaziona e impara a conoscere il mondo. Questa attività ha coinvolto numerosi bambini e genitori con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dell'importanza del gioco condiviso e favorire la relazione genitore-bambino nei primi anni di vita. Tutti i bambini coinvolti sono in cura al servizio di Neuropsichiatria. Abbiamo notato negli ultimi anni una crescente difficoltà dei genitori che accedono al servizio a giocare in modo appropriato e adatto all'età del figlio. Tale difficoltà è stata ampiamente riconosciuta e sostenuta dalla letteratura, che ha fornito moltissimi aiuti e spunti di riflessione a professionisti e genitori (Micheli E., Zacchini M, 2006; Xaiz C., Micheli, 2001). Dalla letteratura, ma anche dalla nostra esperienza diretta, abbiamo potuto osservare che spesso il compito di intrattenere e giocare con i propri figli è lasciato ai cellulari o ai tablet e talvolta vengono comprati giochi non adatti che stancano il bambino dopo pochi utilizzi. L'esito di questi incontri ha evidenziato l'importanza per i genitori di trovare un ambiente idoneo dove sperimentare momenti ludici mediati.

51

Introduzione

Nel corso del nostro lavoro quotidiano ci capita di incontrare moltissime famiglie di bambini con diverse abilità. Una delle difficoltà che ci viene maggiormente riportata dai genitori è quella legata a come, con che cosa e quando giocare con i propri figli. Da questa premessa è nata l'iniziativa di organizzare dei laboratori di gioco rivolti sia ai bambini che afferiscono al servizio di Neuropsichiatria Infantile che ai loro genitori, ma anche ai nonni e ai fratelli. L'attività è stata svolta il sabato mattina all'interno della CdC G.P. Vecchi. L'obiettivo era quello di fornire spazi organizzati in un

Rif.
Barbara Francia, coordinatore professioni sanitarie
servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza AUSL Modena
338 1162201
b.francia@ausl.mo.it

ambiente positivo per la sperimentazione di vari tipi di gioco con l'affiancamento di un professionista che aveva il compito di facilitatore.

1. Il gioco e il suo sviluppo

Fin dai primi momenti di vita il gioco è il modo con cui il bambino comunica e si rapporta con gli altri. In presenza di condizioni favorevoli e del materiale appropriato, il bambino si dedica, nel corso dello sviluppo, a tipologie via via diverse di gioco.

Il gioco si sviluppa attraverso alcune fasi fondamentali in accordo con lo sviluppo cognitivo: (M.D.Sheridan 1984)

- Gioco esplorativo. Compare intorno ai 6-7 mesi. I bambini entrando in contatto con gli oggetti, trasformano movimenti inizialmente involontari in movimenti finalizzati e usano i loro sensi per esplorare l'ambiente, le caratteristiche (forma e consistenza), la funzione degli oggetti generalmente portandoli alla bocca e manipolandoli. La modalità prevalente di questa tipologia di gioco è quella causa effetto.

- Gioco funzionale. Compare intorno ai 9-12 mesi. Il bambino inizia a comprendere il significato sociale e l'utilizzo corretto di un oggetto strettamente connesso con la funzione stessa dell'oggetto adoperato. Ad esempio, guidare una macchinina, pettinare i capelli della bambola oppure bere dal suo bicchiere. Gioco funzionale e sviluppo motorio sono strettamente connessi e si influenzano tra di loro. Migliorando la coordinazione, l'attenzione e l'equilibrio il bambino riesce a muoversi con maggiore precisione soprattutto a livello di motricità fine.

- Gioco simbolico e di finzione. Compare intorno ai 18- 36 mesi. In una prima fase, il bambino utilizza oggetti per far finta di compiere azioni conosciute, come ad esempio usare un telefono per far finta di telefonare. Successivamente inizia ad utilizzare oggetti al posto di altri, attribuendogli una funzione diversa da quella che hanno normalmente, come per esempio giocare con un manico di scopa al posto di un cavallo.

A questa età il bambino riesce a giocare trasformando gli oggetti per rappresentare qualcosa con la fantasia. Verso i 3 anni il bambino inizia a combinare più sequenze di gioco simbolico tra loro, ad esempio arricchisce il suo gioco compiendo sequenze di azioni (imboccare l'orsacchiotto, addormentarlo e metterlo a letto). Il gioco simbolico, come sottolinea Berk (1991), inizia quando azioni di routine e oggetti sono distaccati dai loro ruoli tipici e dalle funzioni specifiche, per essere usati in modo atipico, giocoso.

- Gioco immaginativo. Compare intorno ai 3 anni. Il bambino inizia a rappresentare eventi e attività quotidiani (gioco di fantasia). Il filo conduttore del gioco non è più guidato dall'esperienza di vita quotidiana ma dalla fantasia del

bambino. Un ruolo fondamentale sarà svolto dalla condivisione con i coetanei. Rispetto al gioco simbolico inizia a far capolino la presenza di regole, che non sono definite all'inizio del gioco ma vengono concordate in base al ruolo, allo spazio e al tempo. Il gioco di fantasia rappresenta quel momento in cui il bambino mette in gioco le sue conoscenze sui ruoli e sui comportamenti sociali.

- Gioco narrativo. Compare dai 3 ai 6 anni. Il bambino riproduce situazioni di gioco animando personaggi e creando storie, ad es. personaggi dei cartoni animati, storie con mostri, supereroi. La narrazione diventa una modalità attraverso cui il bambino comunica la propria visione del mondo e degli eventi. Il pensiero narrativo si basa sulla costruzione di storie, ovvero sulla spiegazione di un fatto ricorrendo ad una struttura narrativa, rapporti di causa-effetto, collegamenti spazio-temporali, elementi emotivi. (Bruner J, 2005).

Le tappe principali del pensiero narrativo si sviluppano dai 3 anni, quando cominciano a comparire i nessi causali, ovvero la capacità del bambino di stabilire rapporti causa-effetto, e tra i 5 e i 6 anni, quando compare un pensiero narrativo completo, caratterizzato dalla capacità di costruire storie.

2. I perchè e gli obiettivi della scelta della Casa della Comunità

Il DM 77 del 23 maggio del 2022 stabilisce che i servizi di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza possano essere presenti all'interno della CdC. Nella Ausl di Modena una delle sedi della Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, si trova all'interno della CdC G.P.Vecchi sin dalla sua inaugurazione avvenuta il 22 settembre 2022. Altre sedi della NPIA sono collocate in molte case della Comunità della provincia: nella CdC Regina Margherita di Castelfranco Emilia, nella CdC di Bomporto, nella CdC Villa Bianchi di Casinalbo e nella CdC di Finale Emilia.

Seguendo la filosofia di fondo della CdC, e cioè struttura sanitaria promotrice di un modello di interventi multidisciplinari, di interventi di integrazione sociale e sociosanitaria e luogo di relazione e attenzione a tutte le dimensioni di vita della persona e della comunità, abbiamo deciso di svolgere i laboratori in questa sede.

I laboratori hanno quindi assunto una doppia funzione, sia di promozione alla salute (migliorando la relazione genitore-bambino) sia di riabilitazione.

L'attenzione al genitore è la base su cui creare un processo riabilitativo completo quando ci si occupa di età evolutiva. È fondamentale supportare il genitore nel costruire le giuste competenze educative nei confronti del proprio bambino al fine di giocare nel modo più adeguato possibile e creare una

relazione positiva. Questo permette anche di aiutare il bambino a stimolare le abilità più deficitarie e potenziare quelle già esistenti facendogli conoscere il mondo circostante divertendosi (Rogers S. et al. 2015). Uno dei punti cardine del lavoro riabilitativo in NPIA è formare nei genitori una competenza educativa in grado di sostenere l'azione riabilitativa, così come documentato dalla letteratura recente (Crockett et al., 2005; Benedetto 2005; Soresi, 2007), o comunque sostenere il ruolo genitoriale nei confronti del figlio con difficoltà. Come sostenuto da Schopler (1998) "il trattamento educativo del bambino è strettamente legato alla collaborazione con i genitori". L'utilizzo dei laboratori ci ha permesso di aiutare i genitori ad aumentare la consapevolezza dell'importanza del gioco condiviso attraverso attività volte ad allenare la loro capacità di osservazione, ad analizzare gli interessi e a riconoscere le abilità del proprio figlio. In sintesi rafforzare la relazione genitore- bambino attraverso un ambiente positivo utilizzando sia giochi creati da noi con materiali di recupero, sia giochi presenti sul mercato.

2.1. Descrizione dei laboratori

Dall'autunno 2023 alla primavera 2024, presso la CdC, abbiamo proposto 4 cicli di laboratori dedicati a bambini di età diverse e diverse patologie. Ogni gruppo era composto dai 9 ai 12 partecipanti accompagnati dai genitori ed alcuni incontri hanno visto la partecipazione anche dei nonni e dei fratelli. I laboratori sono stati pensati e sviluppati tenendo conto che l'attività ludica evolve in relazione all'età del bambino e al suo livello si sviluppa. Per rispondere meglio

ai bisogni la proposta è stata declinata in due modi diversi. Il primo rivolto a bambini più grandi (scuola infanzia e primo ciclo primaria) basato sulle varie abilità di gioco con valenza prettamente psicoeducativa. Il secondo rivolto a bambini di età compresa tra i 24 e i 36 mesi con difficoltà di linguaggio con focus sulle abilità di tipo logopedico poiché il gioco è anche lo strumento attraverso il quale il bambino sviluppa il linguaggio verbale. Ogni laboratorio era strutturato dai 2 ai 4 incontri a seconda dell'età del bambino e delle attività proposte e vedeva la partecipazione di tutte le figure della riabilitazione presenti nella NPIA di Modena. Educatori Professionali, Fisioterapisti, Logopedisti, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica. Ogni incontro prevedeva dalle due alle tre zone di gioco con la presenza fissa di un operatore deputato a proporre le attività e ad affiancare i genitori e i bambini durante lo svolgimento. In ogni zona erano presenti diverse proposte suddivise per tipologia al fine di stimolare abilità di motricità fine e grossolana, cognitive, abilità di gioco simbolico, di finzione, sensoriale, di costruzione, manipolativo e di movimento. Ci siamo anche avvalsi delle competenze di una collega per proporre attività di ispirazione musicoterapica.

Nel laboratorio dedicato ai disturbi del linguaggio abbiamo organizzato una giornata presso una biblioteca comunale con proposte di letture animate. In questa occasione sono state presentate diverse modalità di lettura dialogica tramite libri sensoriali, descrittivi, esplicativi, modificati in CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa), silent book e libri con storie. Tutti i laboratori rispondevano allo stesso modello organizzativo ed ogni incontro era preceduto da una

Laboratorio gioco genitori-bambino	N bambini coinvolti	N genitori	N operatori	N incontri	Durata
Dedicato a bambini dai 3 ai 5 anni con diagnosi di autismo e disabilità intellettiva	18	25	6	3	Sabato dalle 9.30 alle 11.30
Dedicato a bambini dai 3 ai 5 anni con diagnosi di disturbo del comportamento	12	20	4	2	Sabato dalle 9.30 alle 11.00
Dedicato a bambini dai 6 ai 7 anni con diagnosi di disturbo del comportamento	12	14	4	2	Sabato dalle 9.30 alle 11.00
Dedicato a bambini dai 2 ai 3 anni con disturbo di linguaggio	12	24	3	4	Sabato dalle 9.30 alle 11.00
Tot.	54	83	17	11	

Tab. 1 - Tipologie di laboratori e numero partecipanti

breve parte introduttiva in cui i professionisti spiegavano alle famiglie lo scopo e l'organizzazione dell'attività proposta.

Nel dettaglio, i laboratori, sono stati così organizzati (Tab. 1):
 I. laboratorio sul gioco genitore-bambino dedicato a bambini dai 3 ai 5 anni con diagnosi di autismo e disabilità intellettiva. Numero partecipanti 18 con 25 genitori. Numero incontri previsti 3, al sabato mattina dalle 9.30 alle 11.30, numero operatori 6.

II. laboratorio sul gioco genitore-bambino dedicato a bambini dai 3 ai 5 anni con diagnosi di disturbo del comportamento anche in pazienti con difficoltà motorie. Numero partecipanti 12 con 20 genitori. Numero incontri previsti 2, al sabato mattina dalle 9.30 alle 11, numero operatori 4.

III. laboratorio sul gioco genitore-bambino dedicato a bambini dai 6 ai 7 anni con diagnosi di disturbo del comportamento anche in pazienti con difficoltà motorie. Numero partecipanti 12 con 14 genitori. Numero incontri previsti 2, al sabato mattina dalle 9.30 alle 11, numero operatori 4.

IV. laboratorio sul gioco genitore-bambino dedicato a bambini con difficoltà di linguaggio dai 2 ai 3 anni. Numero partecipanti 12 con 24 genitori. Numero incontri previsti 4, al sabato mattina dalle 9.30 alle 11, numero operatori 3 (logopediste).

Tutti i giochi e le attività si sono avvalse sia di materiale che si trova facilmente in commercio sia di materiale creato da noi con materiale di riciclo. Per la realizzazione di alcune attività ci siamo avvalsi dei suggerimenti tratti da alcuni manuali (Dyrbjerg P., Vedel M., 2008; Molteni S., Farina E., 2016). Al termine degli incontri abbiamo preparato del materiale informativo da dare alle famiglie come il libro delle ricette dove abbiamo spiegato come riprodurre a casa alcuni giochi utilizzati durante il laboratorio e le cartoline in cui avevamo riportato e raggruppato alcuni concetti che erano stati trattati durante gli incontri.

2.2. Feedback ottenuti

Al termine di ogni ciclo di incontri, ad eccezione del primo gruppo, abbiamo chiesto ai genitori di esprimere un feedback sull'esperienza fatta. Riportiamo, in forma schematica, le considerazioni finali raccolte all'interno di macro categorie (Tab. 2).

Sono stati riscontrati prevalentemente feedback positivi. In particolare si è evidenziato che le famiglie hanno apprezzato la possibilità di utilizzare un ambiente normalmente di cura anche come luogo di aggregazione e di incontro tra le famiglie con bambini con disabilità. I genitori e i bambini

hanno potuto sperimentare in un ambiente inclusivo e protetto una modalità di gioco e di relazioni diversi dall'ordinario. I partecipanti hanno riferito di aver maggiormente apprezzato la condivisione ed il confronto delle proprie esperienze con altri genitori in una situazione simile alla loro. La totalità di essi riferisce di non aver incontrato problematiche durante lo svolgimento dei gruppi mostrandosi soddisfatto dell'esperienza vissuta. Inoltre la condivisione delle esperienze ha favorito processi di cooperazione fra i genitori per la ricerca condivisa di soluzioni più efficaci per favorire la socializzazione e il gioco condiviso. Importante anche il feedback positivo degli operatori coinvolti che hanno potuto mettere in campo le proprie competenze in un ambito per loro nuovo. Il poter condividere, in un ambiente stimolante e non ordinario, competenze e tecniche volte a ridurre e modificare i comportamenti disfunzionali dei bambini è stato molto motivante e sfidante per gli operatori. Questa esperienza, a nostro parere, ha dato la possibilità ai genitori dei bambini che afferiscono al servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza di imparare e sperimentare modalità di gioco funzionali, divertendosi. La presenza costante dei professionisti come guide e supervisor ha permesso di affiancare il genitore durante tutto il percorso. Abbiamo potuto osservare che spesso i genitori tendono a delegare i momenti di gioco e dell'azione riabilitativa esclusivamente ai professionisti, inconsapevoli del ruolo cruciale che invece ricoprono. Questi incontri si sono concentrati sul restituire alle famiglie l'importanza che esse stesse hanno nel percorso riabilitativo e nel rafforzare il loro senso di autoefficacia nei confronti dei propri figli. Giocare in modo adeguato, con strategie e modalità corrette, con tempi e

<i>Feedback finali</i>	<i>Numero rilevazioni</i>
Ci siamo divertiti insieme ai nostri figli e abbiamo imparato nuovi giochi	11
A casa ho riprodotto quanto visto	4
Ci siamo sentiti accolti e le attività erano ben strutturate	6
Creare rete tra le famiglie	9
Conoscere meglio il proprio figlio	2
Utilità delle letture animate	4
Necessario fare più incontri	4
Stimolare maggiormente il gioco tra pari	4
Maggiore affiancamento ai genitori	1

Tab. 2 - Considerazioni finali di gradimento delle famiglie

materiali pensati ad hoc permette di potenziare le abilità del bambino. Nel momento in cui il genitore ne diviene consapevole aumenta il proprio empowerment e i benefici sono molteplici. Talvolta i genitori tendono a comprare svariati giochi, anche costosi, che possono stancare il bambino dopo poco tempo. Abbiamo fornito alle famiglie molte proposte di gioco alternative, la maggior parte delle quali costruite utilizzando materiali di riciclo facilmente replicabili a casa. Genitori, bambini e operatori sanitari hanno lavorato di concerto e in modo paritario per il reciproco benessere. Successivamente i laboratori sono stati inseriti all'interno del progetto "Nati per giocare" organizzati dal Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. Per la prima volta Play festival (festival nazionale dedicato al gioco in ogni sua forma organizzata a Modena dal 2008) ha dedicato un'intera area ai temi dell'accoglienza, dell'accessibilità e del gioco sano. Il gioco rinforza la socialità, uno degli assi della salute e del benessere della persona.

Conclusioni

La presenza nella CdC ha favorito l'organizzazione di laboratori aperti alla cittadinanza che hanno visto la partecipazione sia di bambini afferenti al servizio che esterni. La partecipazione delle famiglie è stata ampia. Ciò ha consentito di far conoscere il nostro servizio anche in altre vesti alla popolazione e nello stesso tempo di far sperimentare ai nostri piccoli pazienti e ai loro familiari ambienti diversi dal solito e sicuramente stimolanti. E' nostra intenzione, infine, continuare a proporre attività presso la Casa della Comunità, vero luogo della partecipazione, sempre più inclusiva, affinché possa diventare, nel tempo, un punto di riferimento per i nostri pazienti ma anche per la cittadinanza, organizzando spazi per approfondimenti e momenti d'incontro formale ed informale.

Co-autori

Silvia Bedini, *logopedista*,
NPIA AUSL Modena

Letizia Bonzagni, *fisioterapista*,
NPIA AUSL Modena

Cecilia Conti, *logopedista*,
NPIA AUSL Modena

Valeria Magnoni, *tecnico della riabilitazione psichiatrica*,
NPIA AUSL Modena

Eleonora Rossi, *logopedista*,
NPIA AUSL Modena

Eleonora Varotti, *tecnico della riabilitazione psichiatrica*,
NPIA AUSL Modena

Bibliografia

- Micheli E., Zacchini M. (2006), "Verso l'autonomia. La metodologia t.e.a.c.c.h. del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell'handicap", Vannini.
- Xaiz C., Micheli E. (2001), "Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività", Erickson.
- M.D.Sheridan (1984), "Il gioco spontaneo del bambino dalla nascita ai sei anni" Ed. Cortina.
- Berk L. (1991), *Child Development*. Editore, Allyn e Bacon.
- Bruner J. (2005), *La mente a più dimensioni*. Ed Laterza.
- Crockett et al., 2005; Benedetto 2005; Soresi, 2007, cit. in "Parent training nell'autismo-Programma per la formazione e il supporto ai genitori", Cristina Menazza, Barbara Bacci e Claudio Vio, Erickson, 2010.
- Schopler E., "Autismo in famiglia", Erickson, 1998.
- Dyrbjerg P., Vedel M.,(2008), "L'apprendimento visivo nell'autismo. Come utilizzare facilitazioni e aiuti tramite immagini", Erickson.
- Molteni S., Farina E. (2016), "Laboratori di creatività per l'autismo. Un percorso per promuovere le competenze socio-relazionali ed emotive dei bambini", Erickson.

Intersezioni generative

Contributo prevenzione dipendenze patologiche e promozione stili di vita salutari nello sviluppo delle Case della Comunità di Ferrara

Linda Borra, Ilaria Galleran, Elisa Massimo,
Luisa Garofani, Cristina Sorio

56

ABSTRACT

Il contributo della prevenzione delle dipendenze patologiche nelle Case della Comunità ha posto l'accento sulle interazioni sociali, riferimento principale per comprendere «in situazione» i rischi e gli ostacoli allo sviluppo della persona, ma anche strumento privilegiato per favorire i processi di integrazione dei team professionali. In particolare l'esperienza dell'AUSL di Ferrara ha cercato di facilitare i percorsi partecipati che coinvolgono i cittadini nella lettura dei bisogni e nella co-progettazione di proposte, secondo un sistema della salute co-costruito e di comunità. La cabina di regia di processi così complessi ha previsto la presenza di psicologi della prevenzione per intercettare i bisogni di salute, costruire nuove partnership a livello comunitario contribuendo alla programmazione delle attività, accompagnare i cambiamenti organizzativi e gruppalari lavorando in forte integrazione con le reti socio-sanitarie e le risorse della comunità.

Introduzione

Coerentemente agli *European drug prevention quality standards* (EMCDDA, 2013) l'obiettivo della prevenzione delle dipendenze patologiche e della promozione di sani stili di vita è stato finalizzato alla qualificazione di un team di psicologi dedicati alla diffusione di iniziative di prevenzione *evidence-based* (EB) in linea con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, integrate con le finalità delle 6 Case della Comunità (CdC) dell'Azienda USL di Ferrara, dislocate nei 3 distretti socio-sanitari (Centro Nord, Ovest e Sud Est).

Nel periodo Luglio 2023-Luglio 2024, i pilastri sui quali si è realizzato il contributo della prevenzione delle dipendenze patologiche alle CdC sono stati: - la realizzazione di interventi di prevenzione universale, selettiva e indicata; - la promozione di competenze a supporto dei professionisti di prossimità in relazione alle specificità ambientali delle comunità locali; - la promozione di processi partecipativi con

Rif.
Linda Borra, psicologa psicoterapeuta,
UOC Psicologia clinica e di comunità AUSL di FE
0532 235498
l.borra@ausl.fe.it

Enti Locali, Terzo Settore, Volontariato, Istituti scolastici e Forze dell'ordine. L'adozione di un approccio intersettoriale e multilivello ha permesso di realizzare un lavoro in rete che ha promosso lo sviluppo di partnership, di relazioni sociali utili e la facilitazione della mobilitazione della comunità. Infine, nell'ambito della progettazione trasversale, la UOC di Psicologia Clinica e Comunità ha coinvolto gli psicologi della prevenzione in una formazione diretta agli IFEC orientata al *capacity building* individuale e collettivo. In particolare, nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze legali e illegali (tassi di prevalenza * 10.000 residenti 14-64 anni: Alcol 16,8; Droghe 47,4; Gioco patologico 4,6; Scuole secondarie di II grado: 1% problematiche inerenti ai comportamenti a rischio; 4% abbandono scolastico), si associa a fenomeni di illegalità e tensione sociale, gli interventi preventivi sono stati mirati alla promozione di un empowerment comunitario. Si è cercato di dare concretezza ai programmi di sensibilizzazione in prossimità dei luoghi di aggregazione al fine di raggiungere le popolazioni nascoste e minimizzare i rischi di marginalità sociale e relazionale. Gli interventi programmati hanno cercato di valorizzare il punto di vista di tutti gli attori istituzionali che a vario titolo si occupano di prevenzione nel campo delle dipendenze, a partire dalle CdC. Sono stati identificati gli obiettivi prioritari, con la finalità di armonizzare le diverse progettualità già in essere e sviluppare azioni di prossimità, di promozione di sani stili di vita, di aumento delle conoscenze e della consapevolezza rivolte a gruppi di popolazione con fragilità legate a condizioni di disagio, a giovani con "traiettorie" di crescita in contiguità con comportamenti di uso/abuso/dipendenza, alla popolazione over 65 per problematiche legate al gioco d'azzardo.

1. Prevenzione e promozione della salute in un'ottica di comunità

Portare le competenze della psicologia all'interno delle équipes delle CdC, può contribuire a normalizzare e destigmatizzare l'approccio ai disturbi da *addiction* perché sono in grado di strutturare azioni di prevenzione situata in loco, in stretta collaborazione con la rete territoriale, le diverse istituzioni e le culture locali. In particolare il lavoro di prevenzione va da attività finalizzate alla sensibilizzazione dei fenomeni di *addiction*, alla diffusione di modelli di intervento intersettoriali e interdisciplinari con approccio *life course* differenziato per genere e *setting* (Nanni, 2023). Nel biennio 2023-2024 le principali azioni di prevenzione costruite in intersezione con le attività delle CdC dell'AUSL di Ferrara hanno riguardato la prevenzione universale, selettiva, indicata e ambientale, associate alla promozione delle competenze delle équipes trasversali.

2. La prevenzione universale rivolta alla popolazione

La prevenzione universale è tesa a sviluppare conoscenze, senso critico e consapevolezza, fornendo strumenti in grado di far riconoscere e contrastare gli eventuali fattori di rischio, nonché far emergere i sentimenti e i vissuti legati a questi comportamenti e le competenze psicosociali (*life skills*) (Faggiano et al., 2010; Lammers et al., 2011). La scelta strategica effettuata dal team degli psicologi della prevenzione si è focalizzata sulla rappresentazione teatrale per coinvolgere lo spettatore con il carisma degli attori/performers. Il pathos delle storie narrate, approfondite dagli esperti che dialogano con il pubblico e stimolano la riflessione collettiva, fa emergere dubbi e domande al fine di trasmettere strumenti di protezione e di supporto sociale (MIUR, 2016/2017). L'utilizzo didattico delle attività teatrali, la scelta di talk, conferenze-spettacoli si è rivelata una opportunità per attivare processi simbolici e sviluppare capacità ermeneutiche che sono alla base dell'autonomia critica della persona stimolando un agire consapevole e una capacità di rispondere in maniera competente agli effetti delle proprie scelte. Tra le azioni vanno citati i laboratori didattico-interattivi aperti a tutta la popolazione, che si sviluppano su aree tematiche intrecciate nelle diverse attività proposte, per dare una visione complessiva ed evidenziare i principali meccanismi cognitivi che entrano a far parte dell'esperienza come distorsioni cognitive e rinforzi positivi intermittenti (3.489 partecipanti di cui 2.523 studenti e 130 insegnanti, 49 classi per le scuole secondarie di I grado afferenti a 15 Istituti su 37; 72 classi per le scuole secondarie di II grado afferenti a 17 Istituti su 19).

Negli istituti scolastici, con il progetto "Scuole che promuovono salute" l'attività di prevenzione e sensibilizzazione finalizzata al benessere psicofisico e affettivo si è sviluppata con un approccio integrato e globale in intersezione con i professionisti della prevenzione delle CdC e della sanità pubblica con interventi co-costruiti in una dimensione inclusiva, equa e sostenibile (n. 4.525 studenti incontrati). Con Webinar aperti al dialogo sono stati raggiunti 500 genitori sul tema dello sviluppo delle competenze genitoriali.

3. La prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva mira ad intervenire su gruppi, famiglie e comunità vulnerabili identificati sulla base di fattori di rischio sociale, demografico o ambientale che per tale fragilità potrebbero essere soggetti ad esclusione sociale (Petrie et al., 2007, Sussman et al., 2004). Le azioni di prevenzione hanno coinvolto la popolazione ultrasessantenne, sviluppando una collaborazione tra CdC, SerDP, Associazione dei Centri Sociali Anziani che, a partire dalla rilevazione dei bisogni negli specifici territori, hanno

contribuito alla co-progettazione di interventi salienti e mirati sui rischi che possono incontrare nel mondo online e nel gioco d'azzardo. Si è lavorato in rete in collaborazione con i Comuni e le Forze dell'Ordine, portando una rappresentazione teatrale volta a ridurre il senso di vergogna e trasmettere informazioni su come tutelarsi dalle truffe che passano per il mondo digitale e online. In parallelo è stata avviata una campagna informativa sull'invecchiamento e sui cambiamenti ad esso associati (malattia, solitudine, perdita del coniuge), nel corso dei quali l'azione "seduttiva" del gioco d'azzardo può trovare terreno fertile. L'opuscolo informativo su "Il gioco d'azzardo in terza età" è stato distribuito in 7.000 copie negli spazi pubblici maggiormente frequentati dalla popolazione over 60, nei presidi ospedalieri e nelle CdC dei tre distretti del territorio. Parallelamente a partire dalle evidenze scientifiche che vedono nella popolazione femminile un eccesso di rischio, associato ad una minore propensione ad accedere ai servizi, sono stati messi in scena i racconti di donne con l'ausilio di musica e danza, che hanno portato a riflettere sul gioco compulsivo per poter superare quei sentimenti legati alla stigmatizzazione che impedisce l'accesso alle cure (n. 450 partecipanti).

Infine, l'attività di prevenzione rivolta ai giovani a rischio di esclusione sociale (con disagio relazionale; insuccesso scolastico, abbandono scolastico, vittime di bullismo, in ritiro sociale) ha utilizzato modalità di intervento interattive, strutturando sperimentazioni in gruppo con l'obiettivo di rendere i ragazzi ideatori di un possibile veicolo di prevenzione (6 incontri). È stato proposto di immaginare una comunicazione efficace utilizzando materiale audio-video, prodotti grafici e fotografici. Successivamente è stato svolto un confronto sull'argomento all'interno di una diretta streaming online su Twitch (n. 150 partecipanti), che ha permesso di raggiungere gli adolescenti con comportamenti a rischio di ritiro sociale e isolamento e portare alla luce il loro punto di vista, attraverso attività ludico-ricreative.

4. La prevenzione indicata

La prevenzione indicata propone interventi precoci su soggetti a rischio individuale, di comportamenti impulsivi, aggressività precoce, alienazione dai genitori, dalla scuola, dal gruppo di pari (Kling et al., 2010). A partire dalle segnalazioni per la presenza di "baby gang" provenienti dalla comunità, sono stati attivati incontri per strutturare una progettualità mirata, arricchita da informazioni più specifiche raccolte grazie al coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta. Prima di intervenire, per meglio comprendere il fenomeno, grazie al confronto tra professionisti e cittadini sono stati attivati interventi partecipativi per allenare al dialogo i genitori e adulti di riferimento con i figli/

adolescenti. Grazie al lavoro in rete sono state trovate risposte finalizzate al miglioramento del benessere declinate nel territorio (interventi ludico-interattivi con Polls, Quiz, *Questions and Answers*, e *Brainstorming* condivisi) ed è stato possibile raggiungere un notevole numero di ragazzi, difficili da intercettare e coinvolgere, con i quali è iniziata una vera e propria collaborazione (n. 130 partecipanti).

5. La prevenzione ambientale

Mira a creare ambienti sociali protettivi e normativi, introducendo strategie di valutazione delle norme e dei regolamenti che se non applicati possono influenzare le scelte individuali e implementare azioni di miglioramento negli interventi di famiglia e comunità (Toumbourou et al., 2007). L'integrazione delle competenze psicologiche con azioni di sensibilizzazione e promozione di una cultura della prevenzione situata non solo nei luoghi di marginalità, ma anche nelle politiche attive nel territorio, crea anche nella prevenzione ambientale connessioni di rete tra le componenti sanitaria, sociale e le risorse della comunità. Va in questa direzione la collaborazione con i Comuni (7 del distretto Centro Nord, 5 del distretto Ovest, 9 del distretto Sud Est), le Forze dell'Ordine, l'Associazionismo e il Terzo Settore della provincia di Ferrara, con la compartecipazione attiva alla mappatura dei luoghi sensibili per la protezione e tutela dei minori e delle fasce di popolazione più vulnerabili accompagnata da seminari di approfondimento sulla salute mentale.

6. La promozione delle competenze delle équipe trasversali in campo preventivo a livello territoriale

Utilizzando la consulenza e la formazione ai team professionali delle CdC si è cercato di favorire una lettura olistica ed integrata dei bisogni delle persone da parte degli psicologi della prevenzione che ha favorito lo sviluppo responsabile e consapevole di corretti stili di vita. In particolare con la partecipazione al programma di formazione-intervento per favorire il lavoro di rete degli Infermieri di Famiglia e di Comunità (n. 44 IFEC formati, 10 moduli per un totale di 40 ore d'aula), gli psicologi della prevenzione hanno affrontato i temi della promozione della salute intesa come processo sociale, dell'empowerment individuale e delle tecniche di comunicazione efficace per l'invio ai servizi. Infine nell'ottica della promozione di processi partecipativi, avvalendosi degli strumenti dell'approccio dialogico sono stati attivati percorsi che hanno coinvolto Infermieri di Famiglia e di Comunità, operatori di strada, psicologi della prevenzione, servizi sociali delle Asp al fine di formare i professionisti ad un orientamento in grado di rafforzare il lavoro integrato, creando una vera e propria interazione

utente-professionista incentrata sulla rete relazionale in cui è immerso l'utente che porta al gruppo il proprio punto di vista e le proprie esperienze (20 partecipanti; 5 moduli con 70 ore di aula per i facilitatori; 5 moduli con 15 ore di aula per la *governance*; 8 incontri di pratica situata territoriale per 24 ore totali). Attraverso l'approccio dialogico si giunge ad una conoscenza co-creata, dove nessun punto di vista ha la priorità come unica e giusta definizione del problema (Regione Emilia-Romagna, 2023).

Conclusioni

Gli psicologi della prevenzione all'interno delle équipes delle CdC grazie alla loro capillarità su tutto il territorio provinciale, al loro approccio multidisciplinare (integrato con: Spazio Giovani, Centri Adolescenti, Progetto Punto di Vista, PLS-MMG, IFEC, NPIA, SerDP, ecc.), alla loro capacità di lavoro in rete (Tavoli inter e intra Istituzionali, Istituti Scolastici, Ufficio Scolastico Provinciale, Forze dell'Ordine, Servizi Sociali, Enti Locali, Terzo Settore, Volontariato, ecc.) e alla fiducia che i cittadini ripongono in essi (misurata alla fine di ogni evento formativo/laboratoriale con questionario di gradimento e *feedback*), rivestono un ruolo chiave per il cambiamento dei comportamenti a rischio, favorendo così la lettura dei bisogni calati nei contesti.

In prospettiva, la prevenzione dei comportamenti legati al consumo di sostanze e gli interventi di prossimità per la riduzione dei rischi, in intersezione con le funzioni delle CdC, potranno costituire il volano del lavoro di comunità, in grado di attivare le risorse del territorio, in riferimento sia alla lettura dei bisogni che alla co-costruzione delle possibili risposte.

L'esercizio di una funzione così articolata presuppone una postura relazionale dialogica e inclusiva all'interno delle équipes trasversali, stimola un modo di lavorare "insieme" centrato sull'orizzontalità dei processi decisionali e di programmazione, facilita la condivisione del carico decisionale che agisce in senso protettivo al benessere dei professionisti.

Se prendiamo a riferimento la definizione di salute come un processo di progressivo adattamento a condizioni mutevoli, diventa chiaro come la psicologia possieda gli strumenti tecnici e concettuali più adatti ad accompagnare l'utilizzo delle risorse cognitive, emotive, motivazionali, relazionali orientate a sviluppare un crescente sentimento di autoefficacia. La rete comunitaria interagisce con le istituzioni e permette il fluire di esperienze capaci di coinvolgere gli individui in processi di apprendimento volti alla protezione, alla tutela e allo sviluppo di stili di vita salutari nella cornice di welfare comunitario incentrato su processi di prevenzione situata che contribuiscono a normalizzare e de-stigmatizzare i disturbi legati alla dipendenza.

Co-autori

Ilaria Galleran, *psicologa*,
UOC Psicologia clinica e di comunità,
Dipartimento Cure Primarie e UOC SerDP,
Dipartimento AI Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Elisa Massimo, *psicologa*,
UOC Psicologia clinica e di comunità,
Dipartimento Cure Primarie e UOC SerDP,
Dipartimento AI Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Luisa Garofani, *psichiatra*,
direttrice UOC SerDP Dipartimento AI
Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Cristina Sorio, *sociologa*,
responsabile UOS Prevenzione SerDP,
Dipartimento AI Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Bibliografia

- Benoit L, Cottin P, Moro MR., *What is a Maison des adolescents? A history of integrated youth health care services*. In France. Early intervention in Psychiatry 2018.
- Faggiano et al., *The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month*.
- follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial*, Drug and Alcohol Dependence, 2010.
- Kling A., et al., *A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With*.
- Varying Degrees of Therapist Support*, Behavior Therapy, 2010.
- EMCDDA, *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Luxembourg, 2009.
- EMCDDA, *European drug prevention quality standards: a quick guide*, 2013.
- MIUR, Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e di formazione, *Indicazioni Strategiche per l'utilizzo didattico delle attività teatrali*, a.s. 2016/2017.
- Nanni R. et al., *Il contributo della Psicologia di Cure primarie nelle case, della comunità*, Prospettive Sociali e Sanitarie n. 1/2023.
- Petrie J. et al., *Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children*, 2007.
- Regione Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo per l'implementazione della psicologia nelle Case della comunità*, 2023.
- Regione Emilia-Romagna, *L'approccio dialogico in Emilia-Romagna*, 2023
- Regione Emilia-Romagna, *Piano Regionale della Prevenzione*, 2021.
- Regione Emilia-Romagna, *Promozione del Benessere e prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza*, Dgr 590/2013.
- Sussman S. et al., *The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of Drug Abuse Prevention, Substance Use and Misuse*, 2004.
- Toumbourou JW. et al., *Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use*, The Lancet, 2007.

Addicted to health

“Per-corsi di salute”, progetto dalla prevenzione alla cura dell’uso di alcol e tabacco presso le Casa della Comunità di Rimini

Giorgia Bondi, Lorena Rigoli,
Teo Vignoli, Barbara Rossi

60

ABSTRACT

“Per-corsi di salute” nasce dall’idea che lo psicologo clinico - psicoterapeuta esperto in alcologia e tabaccologia possa rappresentare, nella realtà delle Case della Comunità, un nodo strategico nel raccordo tra persone, servizio sanitario specialistico delle dipendenze e risorse di salute e inclusione nella comunità. Il progetto ha l’obiettivo di offrire alle persone, che presentano un uso a rischio di alcol e tabacco, un servizio di prossimità e diretta accessibilità presso le Case della Comunità dei territori di Morciano e Santarcangelo di Romagna, garantendo un primo ascolto dei bisogni psicologici e di salute nonché accesso alle cure. In un’accezione moderna e sistemicamente integrata, gli interventi proposti permettono di limitare le possibili resistenze nell’accedere a servizi specialistici, spesso percepiti come stigmatizzanti da chi incorre in usi dannosi da sostanze legali. Ad oltre un anno dall’implementazione, si analizzano i primi dati di attività, le peculiarità cliniche della popolazione intercettata e si traggono le prime ipotesi di miglioramento per possibili azioni future.

Introduzione

L’Unità Operativa Complessa Dipendenze Patologiche di Rimini dell’Azienda USL della Romagna, in collaborazione con i Dipartimenti di Igiene e Sanità Pubblica e le Cure Primarie, ha raccolto la sfida di qualificare l’offerta di salute presso le Case della Comunità (CdC), promuovendo stili di vita salutari. Nell’ambito della Legge Regionale 19/2018 e coerentemente con quanto previsto dal Piano Regionale delle Prevenzione (PRP) 2021-2025, con riferimento in particolare al Programma Predefinito Dipendenze (PP04), orientato allo sviluppo di nuove sinergie per la prevenzione delle diverse forme di dipendenza, è stato sviluppato, a partire da febbraio 2023, “Per-corsi di salute” pensato per rispondere a tre ordini di esigenze diverse:

- Promuovere l’acquisizione di competenze presso i MMG relativamente allo *screening* e al riconoscimento di pazienti a rischio per uso e abuso di tabacco e alcol.

Rif.
Giorgia Bondi, dirigente Psicologo-Psicoterapeuta,
Centro Alcol e Fumo/UO SerDP Rimini - Ausl della Romagna
0541 653133
giorgia.bondi@ausldellaromagna.it

- Favorire l'integrazione tra MMG, specialisti di tabaccologia e professionisti delle Dipendenze Patologiche al fine di contaminare i saperi reciproci e approntare interventi di rete tempestivi.

- Stimolare l'emersione delle problematiche connesse all'uso di alcol e tabacco in pazienti e familiari che afferiscono alle CdC e deviare le traiettorie di rischio prima dell'istaurarsi di una dipendenza patologica o altra malattia invalidante.

"Percorsi di salute" mira alla differenziazione e alla dislocazione dell'offerta, che già il Centro Alcol e Fumo del SerDP di Rimini eroga attraverso i propri servizi, con lo scopo di rispondere a specifici bisogni e caratteristiche dei pazienti tabagisti e alcolisti i quali difficilmente si riconoscono in una patologia di dipendenza in virtù della legalità della sostanza d'abuso. A livello scientifico è stata evidenziata una correlazione significativa tra il consumo di nicotina e alcol e i rischi di salute per la popolazione tra cui l'aumento del rischio di morbilità e disabilità psicofisica nonché di mortalità, da cui l'esigenza impellente di potenziare le interconnessioni tra il servizio specialistico, il territorio e gli altri professionisti della salute.

Per favorire la promozione di percorsi di continuità nelle cure e la personalizzazione degli interventi, evitando che sia il paziente a dover superare soglie di accesso differenti, si è pensato di offrire presso le Case della Comunità interventi completi dal punto di vista della prevenzione, intercettazione e diagnosi e l'avvio del trattamento di disassuefazione con la metodologia clinica utilizzata presso il Centro Alcol e Fumo. Elemento fondamentale del progetto è stato il raccordo, tramite la professionista dedicata, con il servizio specialistico durante l'equipe settimanale del Centro Alcol e Fumo attraverso la presentazione, discussione e/o l'invio nei casi in cui necessario l'intervento multidisciplinare.

1. Descrizione dell'intervento e metodologia clinica

"Per-corsi di salute" prevede la presenza per due giorni a settimana (tot. 12 ore) di una psicologa-psicoterapeuta esperta in alcologia e tabaccologia presso le Case della Comunità di Morciano e Santarcangelo di Romagna. Prima dell'avvio del servizio, sono stati organizzati incontri di sensibilizzazione e introduzione al tema per i MMG dei nuclei territoriali di Morciano di Romagna, Santarcangelo di Romagna e Bellaria-Igea Marina, dove sono state spiegate le modalità di invio che sono:

- contatto diretto del paziente con l'operatore esperto attraverso recapito telefonico e indirizzo mail dedicati;
- richiesta dei recapiti dell'assistito, da parte del MMG, successivamente trasmessi all'operatore esperto che contatterà il paziente per fissare un primo colloquio;
- colloquio congiunto da parte del MMG e dell'operatore esperto nel contesto.

Durante gli incontri di sensibilizzazione sono stati presentati strumenti di *screening* di base volti a favorire una prima valutazione (test di misurazione del grado di dipendenza da nicotina "Fagerstrom" e alcol "Audit-C") in integrazione agli esami ematici con particolare attenzione alla funzionalità dell'assetto epatico.

Si è lavorato, inoltre, in sinergia con i MMG, sulle modalità di utilizzo del colloquio motivazionale al fine di favorire l'emergere di una domanda nel paziente rispetto alle proprie modalità di uso, tale da facilitare il primo accesso e l'aggancio con la professionista dedicata.

Nei tre colloqui di valutazione, la psicoterapeuta guida il paziente nell'esplorazione delle seguenti dimensioni al fine di giungere ad una diagnosi multilivello:

- rapporto con la sostanza, fattori elicитanti, mantenenti e precipitanti l'uso, *craving* e astinenza, eventuali danni già correlati all'uso;
- profilo del funzionamento psicologico, socio-affettivo e relazionale;
- peculiarità del momento di vita e altri elementi utili a sostenere e promuovere una motivazione al cambiamento.

Nel 4° colloquio, in base alla ricomposizione diagnostica circa la valutazione del grado di compromissione del profilo di resilienza/vulnerabilità e di altri elementi clinici raccolti con la collaborazione del MMG, si procede alla restituzione al paziente di quanto emerso e si formulano ipotesi personalizzate di trattamento, che vengono anche comunicate, previo consenso della persona, al medico inviante, quale feedback rispetto all'esito dell'invio e per stabilire i passaggi successivi di collaborazione. La valutazione psicodiagnostica può essere in presa in carico individuale e/o gruppale, (max 10-12 incontri) volta alla stabilizzazione clinica e disassuefazione tabagica o raggiungimento dell'astensione dell'uso di alcol oppure in presa in carico integrata in appoggio al MMG stesso con monitoraggio attraverso esami ematico-urinari cadenzati o, nei casi a maggior complessità, in un raccordo e presa in carico congiunta con il Centro Alcol e Fumo del SerDP (ad es. fase di disintossicazione, terapia antiastinenziale, stabilizzazione dell'umore, etc...).

A seguire, una volta raggiunta l'astensione, è prevista una fase di consolidamento e prevenzione della ricaduta, sempre a cura della professionista dedicata, con colloqui di sostegno a cadenza mensile per sei mesi. Risulta significativo come il *minimal brief/advice* già nel colloquio con il medico curante rispetto all'uso di alcol e tabacco, nonché il *counseling* breve intensivo (proprio per un numero di sessioni da 4 a 10) così come impostato nel progetto, siano, nelle ultime Linee guida per il trattamento della dipendenza dell'Istituto Superiore di Sanità (2023), indicazioni di buona pratica clinica a forte raccomandazione.

2. Valutazione dei pazienti intercettati e caratteristiche del target

Come si evince dai dati di attività (Tab. 1) relativi al periodo di implementazione del progetto compreso tra febbraio 2023 e marzo 2024, la prevalenza dei pazienti intercettati, in totale di 76, ha riguardato tabagisti, inviati per lo più dai MMG e altri specialisti tra cui lo psicologo di comunità, pneumologi, oncologi e infermieri della cronicità, figure professionali cardine nelle CdC proprio per l'assistenza a pazienti con patologia cronico-invalidante. Si evince quindi, per questa parte del target, che la motivazione estrinseca iniziale ad approcciarsi al percorso di disassuefazione tabagica, emerge contestualmente alla necessità di cura per rilevate patologie organiche correlate ai danni prolungati dell'uso della sostanza. Questi pazienti arrivano alla consultazione spesso con una prescrizione perentoria di cessazione dell'uso da parte dello specialista inviante che, in prima battuta, facilita la fase di accesso, ma che complica notevolmente la gestione delle implicazioni psicologiche di dover affrontare il cambiamento di un comportamento mai vissuto sino ad allora come problematico, per altro in un momento di particolare vulnerabilità della persona ed esposizione a intense angosce relative allo stato di malattia, alle prospettive di cura e al rischio vita, tali da sollecitare importanti resistenze. Come riportato, in Tab. 1, sono 10 i pazienti giunti autonomamente al servizio, riferendo come le locandine pubblicitarie affisse presso le CdC e negli ambulatori medici, siano stati *input* fondamentali a sostenere la formulazione di una domanda d'aiuto, avvalorando l'ipotesi che, per questo *target* di pazienti, sia assolutamente facilitante la disponibilità di aiuto specialistico presso spazi di cura nei contesti territoriali. I pazienti intercettati, invece, circa la problematica alcol sono risultati meno numerosi, hanno prevalentemente fatto accesso spontaneamente allo spazio di consultazione e in un paio di casi sono stati inviati, invece, dalla psicologa della comunità o tramite il MMG dopo momento di confronto con lo stesso a seguito di esami ematici di *routine*. È possibile

ipotizzare che lo stigma relativo alle problematiche legate all'alcol spieghi la minor affluenza nonostante il tentativo dell'intervento di abbattere le soglie di accesso, tuttavia è stato interessante rilevare che alcune persone si sono approximate allo spazio inizialmente dichiarando una problematica fumo-correlata e solo durante la fase valutativa sia emersa la necessità di un disvelamento e la richiesta di occuparsi del discontrollo nell'uso di alcol. Le richieste di contatto, per entrambe le problematiche, sono state in totale 76, gestite con interventi di *minimal advice* e consultazioni informative brevi direttamente alla persona, a un familiare o all'inviante. In totale è stato erogato un trattamento a 53 pazienti e 1 supporto al *caregiver*. Sono stati presi in carico 44 tabagisti di cui 26 F e 18 M mentre per la problematica alcol sono risultate eleggibili alla presa in carico 4 persone, 2 F e 2 M; i pazienti in carico con polidipendenza da alcol e nicotina sono stati in totale 5, 4 M e 1 F.

Nei colloqui psicologici di valutazione, gli strumenti scelti per inquadrare il funzionamento e lo stato di salute, costruire l'alleanza terapeutica, favorire l'emersione del bisogno e la formulazione di una domanda di cura, sono stati: i questionari per la valutazione del grado di dipendenza da nicotina e alcol (Test di Fagerstrom e Audit-C), il test K10 (Kessler Psychological Distress Scale) strumento costruito per la misurazione del disagio psicologico non specifico, in grado di discriminare tra persone con e senza disturbi psichiatrici. In Tab. 2 sono riportati i punteggi medi rilevati in fase di *assessment*, dai quali si evince che i pazienti fumo presi in carico presentano una dipendenza fisica di grado medio (Punteggi: da 0 a 10: 0-2 dipendenza scarsa, 3-5 media, 6-8 forte, 9-10 molto forte). Per quanto riguarda invece i pazienti alcol, l'Audit-C ha rilevato punteggi medi superiori a 5 che confermano un consumo rischioso di alcol. Il K10 fotografa una popolazione *target* con livelli medi di angoscia non ascrivibili a patologie psichiatriche, ad accezione dei casi con concomitante patologia organica che manifestano una sintomatologia ansioso-depressiva coerente con lo stato di

DATI DI ATTIVITÀ

	Invii MMG	Invii altri specialisti	Prese Contatti	Prese in Carico	Raccordo con servizio specialistico	Monitoraggio in collabor. con MMG
Pz fumo	20	17	64	45	10	5
Pz alcol	3	3	12	9	7	2

Tab. 1 - Dati di attività "Per-corsi di Salute". Arco temporale: febbraio 2023-marzo 2024

Punteggi medi

Test	Pz Alcol	Paziente Fumo
Fagerstrom	/	5,67
Audit-C	8,85	/
K10	12,66	12,60

Tab. 2 - "Per-corsi di Salute": Assessment dell'abitudine alcolica e tabagica (Test Fagerstrom e Audit-C) e livello di disagio psichico rilevato con Kessler Psychological Distress Scale. Arco temporale: febbraio 2023-marzo 2024

malattia. I dati confermano, quindi, che il *target* raggiunto è coerente con gli obiettivi progettuali inizialmente dichiarati. Nei colloqui di consultazione è stata utilizzata la tecnica del colloquio motivazionale al fine di favorire l'auto-osservazione rispetto ai propri comportamenti e incrementare i livelli di consapevolezza. Al termine della valutazione, per indagare la motivazione e la propensione al cambiamento maturata, sono stati somministrati la versione MAC2-A per l'alcol e MAC-T per i fumatori. I risultati riportati in Tab. 3 inquadrano la disponibilità al cambiamento percepita ossia il grado di progressivo avvicinamento alla soglia decisionale, processo che precede la sospensione dell'uso. Secondo il modello Transteorico del Cambiamento, i processi di cambiamento relativamente ai problemi comportamentali si svolgono secondo un percorso a 5 stadi (Tab. 3): dalla Precontemplazione, passando per Contemplazione, Determinazione e Azione, fino al Mantenimento e all'Uscita definitiva dalla dipendenza, pur considerando il rischio di recidiva. Al termine della fase di valutazione psicodiagnostica, la maggioranza dei pazienti risulta in Determinazione ovvero nella fase più utile per proporre la messa in atto del cambiamento comportamentale.

Punteggi stadi del cambiamento

	P	C	D	A	M	U
Pazienti fumo	1	2	18	8	0	0
Pazienti alcol	3	0	0	0	1	1

Tab. 3 - Disponibilità al cambiamento dei pazienti al termine della fase di valutazione. Arco temporale: settembre 2023-marzo 2024

Come da dati di letteratura, il colloquio motivazionale, si conferma quindi strumento di elezione nei pazienti con problemi alcol correlati e fumatori di tabacco e permette di preparare il campo al trattamento ove proseguirà l'esplorazione di strategie regolative alternative e la condivisione con lo specialista di obiettivi sostenibili e degli *steps* necessari per raggiungerli. Nel corso del trattamento breve-focale il supporto motivazionale al cambiamento prosegue attraverso l'indicazione, al paziente e/o al *caregiver*, di strategie comportamentali utili al raggiungimento e mantenimento dell'astensione anche attraverso l'automonitoraggio promosso dall'utilizzo di diari giornalieri nei quali, sia i pazienti alcol che i pazienti fumo, sono chiamati a registrare quotidianamente i comportamenti di uso per poi discuterli con lo specialista.

3. Azioni di miglioramento

La significatività dei risultati raggiunti, grazie al prezioso lavoro di rete che ha permesso la creazione di nuove

interconnessioni tra professionisti, ha reso possibile rinnovare Per-corsi di Salute e di ampliarne ambiziosamente gli orizzonti attraverso lo sviluppo di un nuovo progetto denominato "La Salute (in) dipendente".

Il nuovo progetto integra e potenzia le azioni già in essere nel precedente, mira a qualificare ulteriormente l'offerta di cura e risponde alla necessità di strutturare nuovi *setting* di intervento gruppali per alcolisti e fumatori che tengano maggiormente conto di possibili comorbidità con altre situazioni morbose attenzionate da altri specialisti della cura quali cardiologi, oncologi, chirurghi al fine di rispondere più puntualmente ai bisogni espressi da una significativa percentuale di pazienti che necessitano di un trattamento per alcol e fumo in condizioni di malattia già esistenti e di un confronto maggiormente personalizzato per il sostegno e l'elaborazione del particolare momento di vita.

Attualmente sono in fase di valutazione alcune richieste di collaborazione pervenute dai professionisti della rete di cura epato-bilio-pancreatica che vorrebbero creare per i loro assistiti una via d'accesso preferenziale ai percorsi di disassuefazione alcol e fumo. Nell'anno 2024 ha preso inoltre avvio, in collaborazione con il SerDP, un gruppo di disassuefazione tabagica per pazienti con pregressa e/o attuale altra dipendenza comportamentale o sostanze illegali, gestito in co-conduzione dalla professionista operante presso le CdC e un'educatrice professionale del Servizio; è noto, infatti, come chi ha un problema di abuso da alcol o altre sostanze, tenda a fumare di più della popolazione generale con maggior difficoltà a smettere, così come, viceversa, il fumatore abbia una maggior vulnerabilità nell'incorrere nell'uso dannoso di altre sostanze. Il gruppo per tabagisti con altra dipendenza, risponde all'esigenza di deviare l'importante traiettoria di rischio data dall'associazione di più comportamenti di uso. Infine, per una opportuna valutazione di efficacia degli esiti raggiunti e raggiungibili attraverso il trattamento psicologico individuale e/o grupale proposto per i *target* sopradescritti, si è iniziato a introdurre routinariamente il Sistema Core (Clinical Outcome in Routine Evaluation, Chris Evans et al., 2000) al fine di integrare quanto già mutuato dalle pratiche *evidence based*, con gli studi di efficacia su coorti di pazienti, *practice based evidence*.

Conclusioni

I servizi per le dipendenze possono fruttuosamente mettere a disposizione dell'assistenza primaria le proprie competenze specialistiche, offrendosi come risorsa scientifica e professionale per favorire l'emersione di una domanda di aiuto altrimenti sommersa. L'attività di *screening*, consulenza, valutazione, nonchè gli interventi di

rete erogati, hanno risposto in modo flessibile ai bisogni rilevati in altri contesti di cura (supporto ai MMG, ai nuclei di cure primarie, agli specialisti e operatori della cronicità presenti nelle CdC). Le Case della Comunità sono il luogo ideale ove convogliare molteplici obiettivi di salute e, quindi, implementare trattamenti individuali e/o gruppali sia dedicati a specifiche categorie di utenti (es. pazienti tabagisti o alcolisti con altre patologie croniche, con patologie psichiatriche o con altra dipendenza patologica) e per veicolare interventi di prevenzione selettiva indicata mirati per target (es. gruppi psico-educazionali per disassuefazione tabagica o di prevenzione delle FAS/Sindrome Feto Alcolica, a favore di donne in gravidanza e dei giovani). La sfida per i servizi delle Dipendenze è quella di non esimersi dal proficuo confronto e interscambio con gli altri nodi territoriali della rete dei servizi di cura e assistenza primaria e raccogliere le opportunità offerte dalle CdC, quali prima porta d'accesso ad un servizio sanitario che risponde ai bisogni di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita.

64

Co-autori

Lorena Rigoli, psicologa-psicoterapeuta,
Cooperativa Centofiori/Rimini

Teo Vignoli, medico,
direttore UO SerDP Rimini - AUSL della Romagna

Barbara Rossi, educatrice Professionale,
UO SerDP Centro Alcol e Fumo Rimini - AUSL della Romagna

Bibliografia

Andrews, G., Slade, T. (2001), *Interpretazione dei punteggi sulla scala del disagio psicologico Kessler (K10)*. Giornale australiano e neozelandese di sanità pubblica, 25 (6), 494-497.

Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., Evans, C., Evans, R., & Margison, F. (2010). *Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE)-The CORE measures and system: Measuring, monitoring and managing quality evaluation in the psychological therapies*.

Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D., & Kivlahan, D. R. (2007). *AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31(7), 1208-1217.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P., & Hughes, S. O. (1994), *The Alcohol Abstinence Self-Efficacy scale*. Journal of studies on alcohol, 55(2), 141-148.

Fagerstrom, K. (2003), *È ora di fare la prima sigaretta; il miglior indicatore singolo della dipendenza dal tabacco?*. Archivi Monaldi per la malattia del torace, 59 (1), 91-94.

Lancaster, T., Stead, L.F. (2017), *Consulenza comportamentale individuale per la cessazione del fumo*. Database Cochrane di revisioni sistematiche, (3).

Linea guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina. Istituto Superiore di Sanità, 2023.

Noonan, W.C., Moyers T.B., (1997), *Motivational Interviewing*. Journal of Substance Misuse, 2:1: 8-16.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983), *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. Journal of consulting and clinical psychology, 51(3), 390.

Rollnick, S. (2002), *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press. Trad. it.: Il colloquio motivazionale, Erickson, Trento 2004.

Spiller, V., Guelfi G. P. (1998), *La valutazione della motivazione al cambiamento: il questionario MAC/E*. Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcolismo, 2, XXI: 7-16.

Task Sharing fra operatori sanitari DSM-DP e COT

*Esperienze innovative nelle Case della Comunità di Sassuolo
e di Novi-Rovereto (Modena)*

Gibertoni Giancarlo, Imma Cacciapuoti, Daniela Cavani,
Irene Croci, Rossella Di Feo, Emanuela Ferri,
Jessica Quarantotti, Alessandra Tirabassi, Rocco Vergine

ABSTRACT

Nell'ambito dello sviluppo della medicina territoriale promosso dal DM77/22 viene presentato il modello delle Centrali Operative Territoriali (COT) e descritto un modello di sviluppo che ha coinvolto anche la Salute Mentale in questo ambito.

Vengono descritte le fasi di implementazione del progetto di task sharing (scambio di competenze) tra gli operatori ed i servizi COT e CSM all'interno di due Case della Comunità e riportati alcuni primi dati di attività e di esito di tale progetto.

65

Introduzione

Il PNRR prevede nella missione 6 l'implementazione dell'assistenza territoriale. Tale indirizzo viene recepito dal DM77 che individua gli standard minimi per il rafforzamento delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, come i servizi di Telemedicina e lo sviluppo delle Centrali Operative Territoriali (COT). Questo nuovo modello organizzativo ha lo scopo principale di coordinare l'assistenza al paziente fungendo da raccordo fra i vari servizi coinvolti (Pesaresi, 2022), promuovendo una presa in carico proattiva e favorendo un approccio integrato e olistico. Se il DM77 non ha fornito inizialmente specifiche indicazioni sulle possibili forme di collegamento il DSM-DP e gli altri servizi territoriali e ospedalieri, è stato, comunque, rilevato che la Salute Mentale può fornire un grande contributo per implementare un modello organizzativo che favorisca una presa in carico tipica dell'assistenza territoriale con le caratteristiche della accessibilità, prossimità, e continuità delle cure (Giorgi et al, 2022).

1. Applicazione DM 77 nella AUSL di Modena: un focus sulle COT

Nella AUSL di Modena ad oggi sono attive 7 COT di cui una *Hub*, quella di Modena e 6 *Spoke*, una per ogni distretto e svolgono una funzione di coordinamento della presa in

Rif.

Giancarlo Gibertoni, medico psichiatra
Responsabile CSM Sassuolo DSMDP Modena
0536 874100
g.gibertoni@ausl.mo.it

carico della persona durante le transizioni tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie, ospedaliere, rete dell'Emergenza-Urgenza). L'obiettivo della COT è di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria dei pazienti più fragili e complessi. Essa viene attivata dai professionisti dei servizi di cura ed assistenza, ed è gestita da Infermieri che ricevono segnalazioni e si confrontano con MMG/PLS, PS e Reparti Ospedalieri e con altri servizi ed enti territoriali che hanno in carico la persona o sono da coinvolgere per decodificare le segnalazioni, valutare il bisogno attraverso un approccio multidimensionale e differenziato secondo il livello di complessità e facilitare e verificare l'avvio del percorso personalizzato e condiviso. La COT rappresenta il nodo operativo principale per l'accesso alle cure intermedie mediante funzioni infermieristiche di:

- prima valutazione (semplificata) che può avvenire anche indirettamente, attraverso raccolta dati informatizzati, telefonici, schede ecc, ed attivazione delle risorse necessarie;
- eventuale organizzazione UVM di concerto con l'assistente sociale e gli MMG/PLS e attivazione dei servizi e professionisti sulla base dei bisogni, anche attraverso teleconsulto;
- verifica di avvio dei percorsi definiti e di completamento delle transizioni ancora temporanee (es. accesso in OsCo o CRA temporanea vs progetti definitivi).

Le COT di Modena hanno a disposizione risorse concertate nei Comitati di distretto e risorse del volontariato concordate nei Comitati Consultivi Misti. E' stato progettato un cruscotto Informatizzato per la gestione della *Transitional care* che mette in rete servizi e professionisti della rete ospedaliera e territoriale. Ad una prima valutazione di impatto è risultato che negli anni 2022 e 2023, a seguito della sperimentazione, l'indicatore di esito del re-ricovero a 30 giorni dalla dimissione, ha rilevato una riduzione del 9,8%. Inoltre la Direzione della AUSL di Modena, nel dare corpo alla implementazione del DM77 ha coinvolto attivamente il DSM-DP, con la nascita, tra l'altro, del progetto di *task sharing* tra le professioni sanitarie del DSM-DP e quelli della COT e della Casa della Comunità (CdC).

2. Le Case ... e la Salute Mentale di Comunità

Affrontare il tema della Salute mentale nelle CdC sostiene un processo di normalizzazione del disturbo, al pari di altre malattie che si possono incrociare nella vita. La complessità di gestione della cronicità e l'aumento dei disturbi mentali influiscono sullo stigma e sulla difficoltà di una visione integrata degli interventi. Spesso la scarsa conoscenza delle problematiche specifiche, accanto al pregiudizio, in un sistema sanitario e sociale che vede i professionisti

procedere per settori di cura separati, concorrono alla difficile risposta di intervento precoce, di *recovery* e di offerta integrata dell'assistenza che dovrebbe perciò prevedere una forte revisione dei modelli organizzativi e culturali di riferimento. Una collaborazione nelle CdC con COT, PUA, MMG, attraverso la presenza di operatori del DSM che supportano la fase di ricognizione del bisogno di Salute Mentale e promuovono approcci integrati sia di prevenzione ed informazione, sia di *counseling* per la gestione della crisi (evento traumatico, luttuoso, conflittualità, disagio giovanile, ecc), possono alimentare una gestione integrata delle professioni sanitarie (infermiere e TRP) e degli psicologi, all'interno di spazi con una connotazione meno distintiva come sono quelli della CdC.

In questo contesto possono essere individuati percorsi a differente intensità assistenziale con interventi flessibili ed orientati sui bisogni delle persone in collaborazione con la rete territoriale, anche avvalendosi del coinvolgimento dei caregiver, dello Psicologo e dell'Infermiere di Comunità, di operatori del Servizio Sociale, del terzo settore e del volontariato sociale.

3. Il progetto task sharing tra COT e CSM di Sassuolo

L'apertura della COT di Sassuolo è avvenuta nel mese di luglio 2023, e, contestualmente, è stata avviata la sperimentazione con il DSM-DP per il distretto di Sassuolo con uno Task Sharing fra operatori COT e operatori del CSM di Sassuolo.

3.1. Il progetto e gli obiettivi

Il progetto si propone di potenziare e ottimizzare gli interventi di primo livello come parte integrante dell'assistenza sanitaria, per una gestione appropriata e integrata dei problemi di salute mentale e fisica. Questo per consentire di migliorare la gestione delle patologie organiche in persone con disturbi mentali nonché una corretta presa in carico di eventuali disturbi del comportamento che si presentano in persone con patologie organiche. Questa casistica crea spesso problemi clinici ed organizzativi con rischi di ripercussioni negative sull'utente, famigliari e servizi.

Per questo è stato ipotizzato e quindi messo in atto, da parte della Direzione ASL e del DSM.DP, uno scambio di competenze (*task sharing*) ed un arricchimento reciproco tra operatori della COT e del CSM per migliorare l'appropriatezza dei percorsi terapeutici tra cure ospedaliere, primarie e territoriali, nell'ottica di creare un continuum assistenziale ai pazienti che riducano il rischio di dispersione delle informazioni, di ricoveri inappropriati o di lunghezza eccessiva, e prestazioni o invii incongrui. Altro risultato

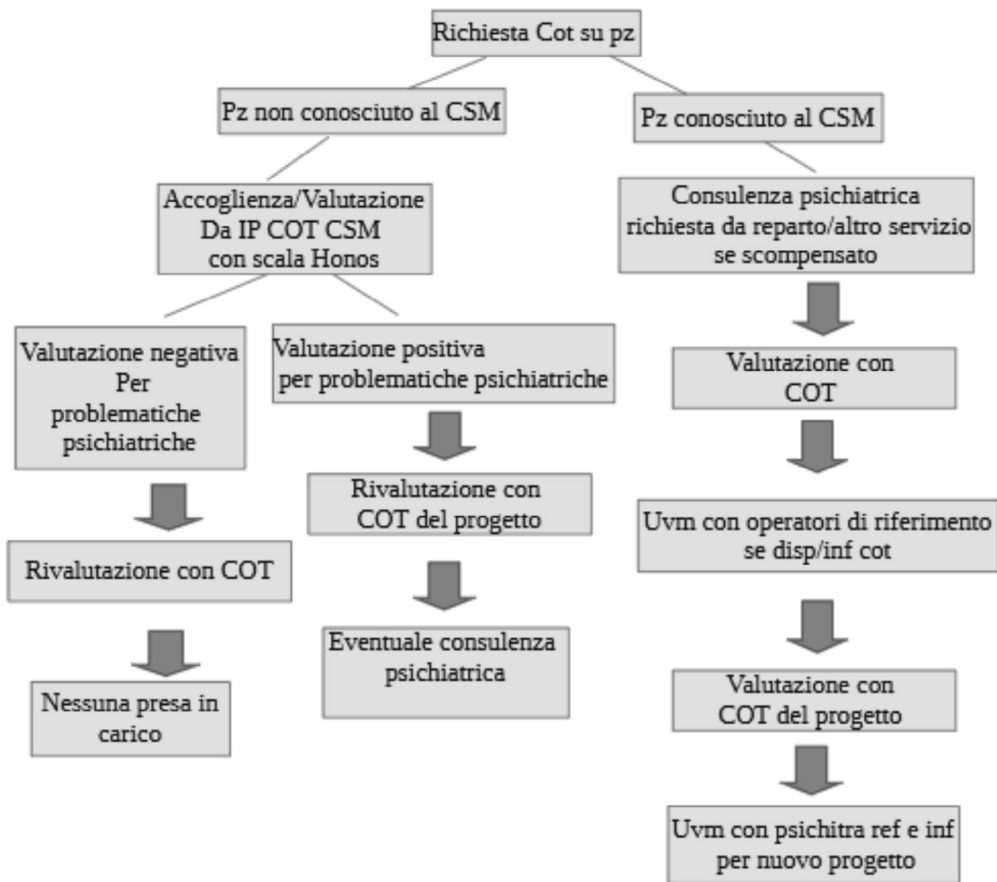


Fig. 1 - Diagramma di flusso attività CSM-COT

previsto è il miglioramento del percorso di invio di utenti al CSM, nonché di una loro eventuale dimissione dal servizio per utenti lungo assistiti i cui bisogni volgono soprattutto verso il mantenimento di una stabilità psichica ed il monitoraggio degli aspetti organici. Il percorso integrato ha inoltre come obiettivo a lungo termine quello di incentivare l'educazione sanitaria e di prevenzione all'interno della Casa della Comunità, intervenendo attivamente sulla riduzione dello stigma che ancora oggi accompagna la malattia mentale.

3.2. Fasi di implementazione

Nel luglio 2023 è stato selezionato un gruppo di professionisti infermieri del CSM con esperienza e formazione specifica nel servizio di salute mentale. I criteri di inclusione del personale CSM nel gruppo di lavoro sono stati: esperienza di almeno un anno di servizio nel dipartimento di salute mentale, conoscenza dei percorsi utili alla presa in carico integrata di pazienti multiproblematici ed esperienza di lavoro in team multidisciplinare

I professionisti, selezionati su base volontaria, hanno partecipato ad una formazione congiunta sull'organizzazione e sullo svolgimento dell'attività della COT (e nel contempo gli operatori della COT sono stati informati sui criteri di presa in carico dei pazienti presso il CSM, sui percorsi assistenziali e sui servizi territoriali afferenti al DSM-DP).

Gli infermieri CSM selezionati hanno iniziato a svolgere durante i propri turni lavorativi una mansione specifica di raccordo con la COT.

Tale raccordo prevede, un primo contatto con l'operatore COT che segnala un caso di possibile pertinenza del DSM, il reperimento e la condivisione di informazioni utili alla valutazione del bisogno del paziente e per stabilire l'efficacia dei percorsi individuati, ma anche per intercettare richieste incongrue di intervento, al fine di ottimizzare il percorso stesso; in caso di necessità possono essere previsti eventuali approfondimenti o consulenze che è lo stesso operatore CSM a decidere ed organizzare, così come l'eventuale scelta di indire una UVM, anche in telemedicina (Fig. 1).

Al fine di mantenere una buona efficienza comunicativa, agli operatori CSMCot sono stati forniti cellulare dedicato per contatto diretto con la COT, tablet e postazione PC, agenda cartacea di comunicazione, consegne e passaggio informazioni, scheda informatizzata di raccolta dati e tracciamento richieste di intervento, delle azioni di risoluzione messe in campo e del loro esito.

Dopo un primo periodo di osservazione, sono state apportate alcune modifiche organizzative al fine di ottimizzare le risorse impiegate, che hanno portato, da marzo 2024, all'attuazione del progetto definitivo con un gruppo di lavoro di infermieri CSMCot composto da cinque persone, scelte su base volontaria dal gruppo di lavoro originale, che si impegnano in attività di raccordo COT per 6 ore al giorno, nell'orario di maggior flusso di richieste di informazioni da parte della centrale operativa COT di Sassuolo, cioè dalle 10 alle 16.

3.3. Dati

Da ottobre 2023 ad aprile 2024 sono giunte alla COT 1411 segnalazioni corrispondenti a 1340 utenti che sono state valutate dalle infermiere COT secondo le procedure. Nello stesso periodo, le infermiere CSMCot hanno ricevuto 49 segnalazioni di casi da parte della COT, per una casistica di utenti da valutare corrispondente ad una percentuale del 3,65 % del totale (Fig. 2).

Di questi 49 casi segnalati alle infermiere CSM, 33 erano casi di pazienti già noti al CSM e 16 erano invece persone non note al CSM.

Dei 33 casi noti al CSM, in 20 casi è stata comunque rivalutata la situazione autonomamente dalle infermiere CSM ed in 13 casi è stato programmato anche un intervento anche dello psichiatra CSM.

Dei 16 casi non conosciuti dal CSM la valutazione infermieristica assieme al MMG, ha evidenziato 2 casi di non pertinenza psichiatrica, altri 4 sono stati approfonditi dalle infermiere CSM interagendo con altri professionisti o valutando direttamente l'utente, mentre in n 6 casi è stata decisa l'effettuazione di una UVM. In soli 4 casi, infine, è stata attivata da parte delle infermiere la richiesta di consulenza psichiatrica al medico, con successivo rinvio del paziente al curante o altro servizio (SERD, CDCD) perché non necessaria la presa in carico continuativa da parte del CSM (Tab. 1).

	Con altri professionisti	Con psichiatra CSM	Con UVM	Totale
Casi noti CSM	20	13	0	33
Casi NON noti CSM	6	4	6	16

Tab. 1 - Valutazione dei casi da parte delle infermiere CSMCot (periodo ottobre '23 - aprile '24)

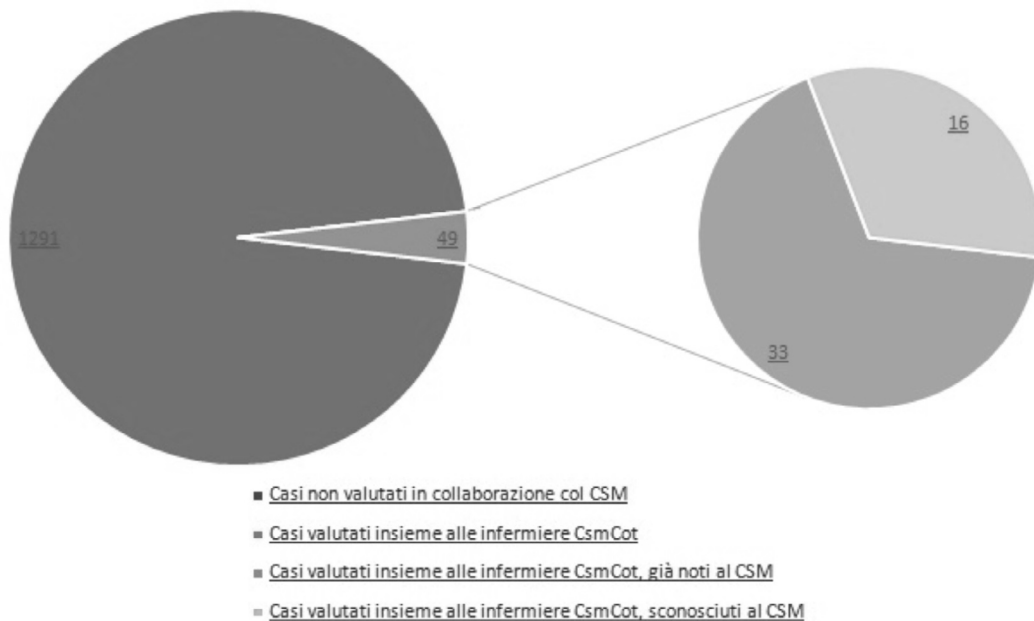


Fig. 2 - Casi COT-CSM periodo ottobre '23 - aprile '24

3.4. Discussione

Innanzitutto è importante evidenziare l'ottima competenza ed autonomia professionale da parte delle infermiere CSMCot nel valutare e gestire, assieme agli altri professionisti, la situazione clinica ed organizzativa. Riteniamo prematuro arrivare a delle conclusioni che necessiteranno di un tempo più lungo, anche perché la casistica non è confrontabile, al momento, con altre esperienze, e sarà necessario valutare altri aspetti come la crescita della autonomia decisionale delle infermiere, la presenza di caregiver, la presenza degli MMG nelle CdC, oltre naturalmente a tenere conto del fatto che nel tempo una maggiore esperienza comune e scambio di competenze può rendere sempre più efficiente il sistema di valutazione e di attuazione di programmi alternativi al ricovero. In ogni caso appare evidente l'importanza che la salute mentale sia presente all'interno delle CdC con programmi ed obiettivi specifici che possano facilitare il complesso lavoro di rete per il benessere dell'utente.

Questa modalità di lavoro tra i professionisti sanitari della COT e CSM ha permesso di inquadrare meglio le situazioni e di poter attivare percorsi più appropriati. Sono state possibili dimissioni dai reparti ed attivazione di progetti territoriali ottimizzando le risorse e riducendo il numero di interventi specialistici complessivi. Le richieste di consulenza o valutazione psichiatrica sono state effettuate in modo più congruo e mirato, solo se necessarie per valutare elementi clinici dubbi o nuovi, diminuendo gli invii incongrui anche al CSM. Col prosieguo del lavoro integrato COT-CSM è stato possibile, anche esaminando casi complessi, accrescere le competenze reciproche nella individuazione dei bisogni e degli interventi più congrui. Spesso i diversi attori hanno i loro criteri ed indicatori per definire l'appropriatezza dei programmi: ad esempio un reparto ospedaliero prediligerà la tempestività della dimissione, mentre un Servizio darà importanza al potenziamento della assistenza domiciliare, anche tramite attivazione di budget di salute, quando nel contempo un MMG vorrà attivare un sistema completo che possa garantire la continuità terapeutica e ridurre il rischio di ricadute. Spesso la COT ha il difficile compito di mediare tra queste esigenze, e si è sperimentato che avvalendosi dello scambio di competenze con i professionisti del CSM, è stato possibile trovare il giusto bilanciamento tra esigenze dell'utente e caregiver, reparti ospedalieri, cure primarie e servizi. L'esperienza degli operatori nella gestione dei casi complessi, tra rischi di acuzie e cronicità, necessità di continuità terapeutica e ottimizzazione delle risorse è stata cruciale.

Altro aspetto positivo è che sono poi gli operatori stessi del CSMCot a coinvolgere i professionisti in modo mirato

facilitando una migliore esecuzione della prestazione (es. consulenza psichiatrica solo se necessario e con quesito clinico preciso e comprensibile) con un miglioramento dei programmi relativi agli utenti complessi, ottimizzazione delle risorse e riduzione di ricoveri ed invii impropri. Infine si segnala l'importanza dello scambio di competenze tra operatori ma anche della comunicazione: per poter svolgere nel migliore modo l'attività il personale COT e CSM necessita di accedere alle piattaforme informatiche per consultare le informazioni utili a intraprendere il programma più appropriato.

4. Il progetto salute mentale di comunità presso la Casa della comunità Novi Rovereto/Carpi

Dal 2018 nel Distretto di Carpi è presente una Casa della Salute (oggi di Comunità), presso i Comuni di Novi e Rovereto dove si è puntato ad una maggior integrazione tra le cure primarie, la salute mentale ed i servizi sociali, per una valutazione integrata delle persone con malattia mentale mediante l'implementazione di interventi infermieristici di 1° livello forniti come parte integrante dell'assistenza sanitaria, interventi attivi di riduzione dello stigma e della conoscenza del disturbo mentale e percorsi di dimissione dai servizi di salute mentale soprattutto per persone a bassa complessità assistenziale e per utenti con comorbidità organica (G. Maciocco 2022).

Il progetto infermieristico include inoltre percorsi di promozione della salute e prevenzione, dove la Salute Mentale diventa patrimonio di tutti ed inclusiva nei suoi percorsi.

4.1. Obiettivi

La presenza di personale infermieristico con formazione specifica in salute mentale nella CdC può contribuire ad una cultura collaborativa tra i diversi professionisti per interventi precoci e/o gestione situazioni complesse, interventi integrati di prevenzione, azioni a favore dell'inclusione e gestione territoriale integrata mediante una contaminazione reciproca dei contenuti con i diversi attori del territorio, trovando insieme nuove risposte, alimentando un confronto informativo-formativo reciproco, ed una creazione di raccordi funzionali per la gestione di situazioni complesse (funzioni di valutazione, filtro e/o di supporto agli altri operatori della rete, attivazione mirata del medico psichiatra per consulenze, facilitazione per invii al CSM per cure di 2° livello e per la gestione integrata di alcune situazioni già in carico al CSM).

4.2. Azioni specifiche dell'infermiera CSM nella CdC

- Prevenzione ed empowerment: conoscenza dei servizi, riduzione dello stigma, sensibilizzazione al tema, individuazione segnali precoci di crisi.

- Ruolo di facilitatore: con una modalità integrata in grado di sviluppare azioni di sostegno, supporto, di approccio alla salute mentale, di qualità della vita, che possono concorrere a restituire alla Comunità sguardi differenti, anche attraverso azioni di contrasto all'isolamento sociale.
- Interventi di rete: favorire lo scambio professionale sulle situazioni complesse insieme con gli MMG e il Servizio Sociale, o il coinvolgimento delle associazioni locali, partecipazione dell'infermiere del CSM ai momenti di integrazione, formazione, benchmarking, dei professionisti della CdC, ma anche di ambito ospedaliero o specialistico, agendo sull'interazione e la complementarietà professionale. Questa modalità permette di affrontare simultaneamente i diversi bisogni di salute del cittadino, limitando dispersioni. Tali azioni di attività infermieristica di Salute Mentale di Comunità presso la CdC si sono potute esplicitare attraverso:
 - supporto/facilitatore per colloqui della persona con i professionisti della CdC;
 - incontri di promozione della salute;
 - counseling e gestione infermieristica proattiva: contatto telefonico, accessi programmati, accessi liberi, supporto e sostegno;
 - visite domiciliari, anche congiunte (es. con MMG, SADI, Servizio Sociale, ecc);
 - accompagnamento alla dimissione dal CSM con progetto integrato con MMG;
 - gestione dimissioni difficili ospedale/territorio;
 - sensibilizzazione dei cittadini alle tematiche concernenti particolari comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
 - accoglimento/triage per indirizzare verso la prima visita psichiatrica;
 - case management: colloqui, somministrazione terapie, anche con modalità integrata con Infermiere di Comunità, educazione terapeutica...;
 - collegamento funzionale con i servizi territoriali e UVM;
 - gestione percorsi cronicità.

4.3. Dati e discussione

Nel 2019 ha preso avvio il progetto presso la CdC, di Novi/Rovereto, attraverso la condivisione con i Servizi Sociali, le Cure Primarie, la Psicologia Clinica, il servizio di Ostetricia, con la presenza della figura di una infermiera del CSM di Carpi per circa tre ore settimanali per ogni sede (Novi e Rovereto).

Dai dati rilevati (Tab. 3) si può evidenziare come il progetto ha inciso fortemente al fine di limitare l'invio al CSM (su 261 potenziali invii al CSM, effettivi sono stati solo 24, cioè il 9,2%) diventando peraltro invii appropriati.

Il progetto ha migliorato la gestione delle situazioni a minore complessità da parte degli MMG, con il supporto e la consulenza del medico psichiatra, in particolare per le terapie. Quando è stato necessario l'invio al CSM l'infermiere del CSM ha agito quale facilitatore per gli aspetti di triage, counseling, informativi. Le situazioni di maggiore complessità sono state gestite fin da subito con una presa in carico integrata (MMG con Psichiatra e infermiere). L'impatto generato dal supporto costante al lavoro del MMG, con misure di integrazione funzionali ed efficaci, può permettere la diminuzione di accessi impropri o lievi in un contesto, come quello del CSM, dove la gestione deve essere dedicata alle situazioni di maggiore complessità di cura e riabilitazione. Il progetto non ha comportato aumento di ore da parte dell'infermiera, che nel tempo dedicato ha anche garantito l'assistenza ai pazienti in carico al CSM di quel territorio, ottimizzando il tempo-lavoro. Azioni di miglioramento concordate: fissato un unico giorno/orario in cui tutte le figure professionali sono presenti contemporaneamente; ogni 3 mesi una equipe con tutte le componenti della CdC per confrontarsi sulle situazioni a maggior complessità.

Considerazioni conclusive e progettualità future

Lo sviluppo ed innovazione di progettualità all'interno del DSM-DP di Modena si caratterizza di uno sguardo principale

ANNO	n. casi totali (invio da MMG)	n. casi a gest. integ. con MMG/ inf. CSM	n. casi a gest. integ. Psicologia Clinica/MMG	n. casi a gest. integ. con Servizio Sociale/MMG/Inf. CSM	n. casi a gest. integ. con Geriatria /MMG/Inf. CSM	n. casi a gest. integ. con Ostetrica /MMG/Inf. CSM	Di cui n. nuovi casi presi in carico da Inf. CSM**	Di cui n. invii CSM**
2019	41	16	14	6	3	2	7	6
2020	/	/	/	/	/	/	/	/
2021	143	8	118	16	5	2	14	9
2022	45	29	19	12	7	/	13	7
2023	32	17*	8	3	1	/	9	2

Tab. 3 - Casi in gestione integrata presso la CdC
 * da aggiungere altri 15 già in carico al CSM;
 ** sul totale dei casi

rivolto alla comunità per generare progetti integrati in un approccio orientato al *recovery*, con modalità trasversale alle diverse discipline ed attività. In quest'ottica è da alimentare, attraverso una formazione specifica, la costruzione di team territoriali integrati, che tengano conto della necessaria riorganizzazione delle attività mediante il *task shifting*, quale valorizzazione delle competenze e del livello di autonomia e responsabilità acquisiti nel tempo come nel caso della città formazione comune svolta per operatori COT e operatori della salute mentale. La formazione pianificata prevede più momenti formativi che si integrano tra loro andando a definire un percorso formativo in modalità *blended*: formazione teorica in FAD e formazione sul campo. La formazione FAD sulla Salute Mentale attualmente attiva sul portale della formazione e-labber suddivisa in moduli inerenti alla salute mentale e sviluppata dal nostro DSM-DP, messa a disposizione per tutti gli operatori che intendano formarsi su aspetti di base della salute mentale e dipendenze patologiche, diviene il primo punto di fruibile accesso per tutti i professionisti coinvolti. La formazione sul campo prevede giornate di scambio e formazione osservative/esperienziale nei servizi di Centrale operativa territoriale e nei servizi del dipartimento di salute mentale. Dunque questo aspetto non si limita ad un solo incontro formativo ma diviene attività concreta e lungo di elezione per attuare il passaggio di competenze ed ampliamento delle stesse tra i professionisti coinvolti.

Si vuole perciò sottolineare l'importanza di attivare ulteriori risorse formative sulle figure delle professioni sanitarie, infermieristiche e dello psicologo. Il DM77 è un invito a valutare i miglioramenti possibili per la sanità territoriale ed in parte dipenderà da tutti noi poter cambiare il futuro o, invece, perdere una occasione. Infatti si parla spesso della necessità di innovare una sanità troppo ospedalocentrica e con la tendenza al medicocentrismo (ma probabilmente nessuno degli interessati tiene a questo "primato"); ora vi è una occasione unica per potenziare la assistenza territoriale e farle fare finalmente un salto di qualità nella accessibilità, prossimità e fiducia del cittadino. Ed in questo cambiamento riteniamo che le professioni sanitarie e psicologiche saranno fondamentali. Nella salute mentale da tempo ci si è resi conto della necessità di cambiamento ma anche della impossibilità di costruirlo da soli. La domanda di salute mentale è segnalata in grande aumento e viene spesso citata l'OMS che definisce lo stato di salute come comprensivo di un benessere anche mentale e che chiede di fare diventare realtà la salute mentale per tutti (Gigantesco, 2021). Se si stima che 1 persona su 5 (Report Headway, 2023), può incorrere, in un qualche momento della propria vita, in

problematiche relative alla salute mentale, allora, in un distretto di 100.000 abitanti, a circa 20.000 di essi potrebbe essere indicato di afferire ai Servizi di Salute mentale. Ciò evidentemente non appare sostenibile, indipendentemente dal potenziamento del personale, ma nemmeno totalmente indicato, anche per poter permettere ai servizi di salute mentale stessi di trattare adeguatamente i disturbi gravi e complessi con interventi di 2° livello, di medio-alta intensità assistenziale, specialistici, continuativi, completi. Per questo appare necessario che buona parte della domanda di salute mentale trovi risposta in interventi di 1° livello, di minor intensità assistenziale, preventivi, di sostegno, informativi, di counseling, di supporto ai professionisti delle cure primarie. Tutto questo sarà possibile se si rafforzano le competenze professionali e di autonomia delle professioni sanitarie, infermieristiche, abilitative e psicologiche come indicato dalla importanza attribuita nel DM77 alle figure dell'infermiere e dello psicologo di comunità e della auspicata collaborazione tra operatori delle CdC e operatori sanitari del DSM-DP. La Casa della Comunità dovrebbe essere ritenuta quel primo livello di accesso ai servizi sociosanitari, senza individuare nelle CdC una "sede decentrata" del Centro di Salute Mentale, quanto piuttosto assicurare la stabile consultazione di psicologi e professionisti sanitari del DSM-DP con i MMG e i PLS per garantire percorsi diagnostici e terapeutici efficaci (non necessariamente farmacologici), individuazione precoce dei disturbi più gravi, ed avvio in collaborazione di interventi in contesti meno stigmatizzanti, o eventuale invio ai livelli superiori per interventi più articolati e complessi. (Starace 2023). Rimane indubbia la necessità nel tempo di monitorare l'andamento delle progettualità. Ad esempio al fine di integrare la gestione complessiva dei percorsi ospedalieri, residenziali, territoriali e domiciliari, le COT si dovranno avvalere anche di sistemi informatici e di indicatori indispensabili per il corretto monitoraggio e verifica dell'intero processo di *transitional care* a favore di una visione di presa in cura olistica. Lo sviluppo delle Case della Comunità offre dunque una grande occasione anche per i DSM-DP per innovarsi e procedere verso una *vision* di Salute mentale di Comunità diversificata per tipologia di utenza.

Ringraziamenti

Susanna Stefanetti, Annalisa Lasagni, M. Luisa Tagliaferro,
Marusca Pignoni, Barbara Maci, Doriana Perrone, Giovanna Sacchetti.

Per la condivisione delle progettualità:

dr.ssa Anna Maria Petrini, *direttore Generale/AUSL Modena*,
dr. Fabrizio Starace, *direttore DSM-DP Modena*,
dr.ssa Federica Ronchetti, *direttore Distretto Sassuolo/AUSL Modena*

Co-autori

Imma Cacciapuoti, *dirigente Processi Assistenziali,*
Direzione Assistenziale AUSL Modena

Daniela Cavani, *infermiera,*
CSM Sassuolo/AUSL MO

Irene Croci, *Terapista della Riabilitazione,*
Direzione DSM-DP MO

Rossella Di Feo, *Infermiera,*
Coordinatrice COT Sassuolo

Emanuela Ferri, *past Responsabile,*
assistenziale CSM Carpi/AUSL MO

Jessica Quarantotti, *Infermiera,*
CSM Sassuolo/AUSL MO

Alessandra Tirabassi, *Infermiera,*
CSM Carpi

Rocco Vergine, *Coordinatore Professioni sanitarie*
DSM-DP Modena

Bibliografia

Pesaresi, F. (2022) *Le centrali operative territoriali (COT) come saranno reperite in I luoghi della cura*, 3-2022; <https://www.luoghicura.it/sistema/-programmazione-e-governance/2022/07/le-centrali-operative-territoriali-cot-come-saranno/>.

Giorgi S., D'Amato MG., Pianigiani L., Meini B., Dei S. (2023); *Nuovi ruoli e competenze sul territorio. Ipotesi di integrazione della salute mentale nelle Case della comunità: i risultati di una survey*. *Politiche sanitarie* 2022;23(4):168-176. doi 10.1706/3970.39491.

Gavino Maciocco, Brambilla M., (2022); "Dalle Case della Salute alle Case della Comunità, *La sfida del PNRR per la sanità territoriale*", Carrocci Editore.

Gigantesco A. (2021) "Salute Mentale per tutti: facciamola diventare una realtà" https://www.iss.it/web/guest//news/-/asset_publisher/-gJ3hFqMQsykM/content/id/5856944.

Report Headway (2023) *Mental Health Index 2.0*.

Starace F. (2023); "Salute mentale: organizzazione, strutture e personale. Cosa prevede il decreto con i fabbisogni approvato dalla Stato-Regioni", *Quotidiano Sanità*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=110206.

Teleprevenzione delle ricadute

Utenti salute mentale in telemonitoraggio con la centrale di telemedicina

Irene Croci, Imma Cacciapuoti, Pasquale Coco,
Vittorio Donini, Giancarlo Gibertoni, Rocco Vergine

ABSTRACT

Il presente lavoro analizza le potenzialità della Telemedicina ed in particolare del Telemonitoraggio per migliorare la presa in cura di alcune tipologie di utenti seguiti dalla Salute Mentale, come quelli con comorbidità organica, che sono tra i più complessi ed a rischio di peggioramento clinico. Descrivendo e valutando una esperienza in corso di telemonitoraggio effettuata da CSM e Centrale di telemedicina, si esplorano anche possibilità di estendere il programma ad utenti in dimissione da ricoveri ospedalieri e/o residenziali psichiatrici ed in genere all'utenza complessa e lungoassistita.

73

Introduzione

Il PNRR prevede l'adozione di una riforma dell'assistenza territoriale concretizzata nel DM/77 con la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, per il rafforzamento delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, attraverso strutture di prossimità come le Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della Telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Rafforzare la rete territoriale significa creare un sistema sanitario più vicino alla popolazione, caratterizzato da una maggiore capillarità, aderente ad un modello di presa in carico proattiva, sia per gli interventi di prevenzione che di diagnosi e cura stratificati per sub-target di popolazione e sulla base dei bisogni sia al livello di popolazione generale che personalizzati, in primis per l'utenza con patologia cronica. Come sottolinea l'OMS, (2022), i pazienti psichiatrici hanno un'aspettativa di vita più breve rispetto alla popolazione generale (dai 10 ai 20 anni in meno, secondo le ultime stime), non solo a causa della malattia stessa, ma per problemi di comorbidità organiche ad esso legate, che vanno da problemi cardiovascolari o respiratori, fino all'obesità o al diabete. È inoltre esperienza comune il fatto che una volta preso in carico dai servizi di salute mentale un individuo veda sottostimati o erroneamente attribuiti al disagio

Rif.
Irene Croci, *terapista della riabilitazione psichiatrica,*
Referente innovazione DSM DP Modena
339 8330389
i.croci@ausl.mo.it

mentale sintomi di natura organica. D'altronde, interventi integrati multi professionali affiancati a programmi di prevenzione possono essere efficaci nella limitazione del peggioramento organico (Bighelli et al, 2021). Il progresso scientifico e tecnologico, che è una delle cause dell'allungamento della vita media e della conseguente maggior incidenza della cronicità, ha imposto una consistente accelerazione sulla digitalizzazione di molteplici settori, in modo particolare sui servizi sanitari, soprattutto ove si pensi a cosa ha rappresentato la possibilità dei collegamenti on line nelle condizioni di criticità sperimentate durante la pandemia da COVID. Servono, infatti, strategie che ricompongano in processi integrati centrati sulla persona malata, e non silos assistenziali articolati sulla patologia più che sul paziente, valorizzando l'assistenza territoriale come riferimento primario del soggetto nel suo luogo di vita, rispetto ad una visione ospedalocentrica tipica dell'assistenza alle patologie acute. Il concetto di presa in carico sta a fondamento del Pon Gov (Programma Operativo Nazionale Governance) Cronicità, che costruisce attorno a questo approccio sistemico, strumenti organizzativi e digitali per favorirne la messa in atto e che nelle contingenze storiche e sociali dello scenario pandemico si è dimostrato un efficace volano per veicolare le riforme in atto nei territori. La presa in carico è un'assunzione di responsabilità proattiva da parte del sistema sanitario nei confronti della persona affetta o a rischio di sviluppare una malattia cronica, fondata su un cambiamento culturale, che coinvolge professionisti e operatori a tutti i livelli. Essa garantisce la continuità assistenziale longitudinalmente, nel tempo e nelle transizioni fra luoghi (domicilio/ospedale) e livelli di cura (cure primarie/specialistiche) per fornire, attraverso il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, una risposta articolata e personalizzata. La costruzione di sistemi di sorveglianza informatizzati a livello territoriale che raccolgano informazioni sui fattori di rischio della popolazione assistita e in particolare dei malati cronici, in stretta collaborazione con l'assistenza primaria, è chiave di volta per definire le dimensioni di un dato problema di salute all'interno delle comunità, sviluppare attività preventive, individuare proattivamente i soggetti a maggior rischio di recidive e progressione di malattia, pianificare le azioni cliniche necessarie, verificarne l'impatto e progettare strategie d'intervento centrate sui profilo di rischio (De Maria, 2023).

La definizione di un progetto personalizzato si basa sulla valutazione costante dei bisogni ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta

la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN. Si tratta di una idea molto ambiziosa e, anche solo per questo, affascinante ma che richiede una organizzazione adeguata ed una serie di aspetti ancora da definire e perfezionare (Pesaresi, 2023). In questa ottica è elevata l'esperienza del personale DSM-DP nella gestione e programmazione di percorsi territoriali che possano garantire continuità terapeutica, gestione delle acuzie e della cronicità e riduzione dei ricoveri. In tal senso sono stati individuati come paradigmatici gli utenti con patologia psichiatrica di lunga durata e comorbidità organiche e meritevoli di particolare attenzione nella gestione complessiva dei loro bisogni. E tutto questo vale anche per una parte dell'utenza (quella lungoassistita) che afferisce ai CSM Questa è la sfida che vogliamo raccogliere!

1. L'applicazione della Telemedicina nell'AUSL di Modena

La digitalizzazione promossa dal nuovo decreto rappresenta l'opportunità e l'occasione per dare supporto ad un sistema sanitario più agile ed efficiente e maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. Dal 2022 la Direzione dell'AUSL di Modena ha promosso una Cabina di Regia Interaziendale per l'applicazione del DM77 relativamente allo sviluppo delle Case della Comunità (CdC), delle Centrali Operative Territoriali, delle Centrali di Telemedicina, dell'infermieristica e della psicologia di Comunità. In tale ambito opera un gruppo provinciale e interaziendale sulla Telemedicina, che sta facendo dialogare tecnologia e professionisti di diversi ambiti, dagli specialisti ai Medici di medicina generale, passando per l'infermieristica di Comunità, per migliorare la presa in carico dei pazienti e l'aderenza ai percorsi di assistenza e cura. Il ricorso alla telemedicina è uno dei pilastri a supporto della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, a favore della interconnessione tra ospedale e territorio.

Una importante sperimentazione nell'ambito dello sviluppo della telemedicina dell'AUSL di Modena coordinata prevalentemente da infermieri, ha riguardato l'istituzione della Centrale di Telemedicina (CTM) che, consente di telemonitorare i pazienti cronici, anche attraverso azioni di teleassistenza. La CTM è composta da un gruppo di infermieri che monitora tutti i giorni (7 giorni/7, h12) i parametri dei pazienti come descritti nel piano di assistenza individualizzato ed attiva i professionisti delle CdC qualora i valori rilevati siano fuori soglia. Settimanalmente e/o in base al piano assistenziale gli infermieri della Centrale effettuano una videochiamata ai pazienti e/o ai caregiver ai fini del monitoraggio dell'andamento settimanale dei diversi parametri. Nell'anno 2023 in totale sono stati arruolati 168

pazienti e circa 30 utenti hanno rinunciato per mancanza di alfabetizzazione digitale. L'equipe si avvale della Piattaforma regionale per l'inserimento del PAI redatto e condiviso con le equipe delle case della Comunità. Nel 2023 si è anche avviato un percorso in ambito diabetologico i servizi di televisita, teleconsulto, telerefertazione e teleassistenza per la presa in carico e follow-up dei pazienti con diabete di tipo 1 e 2 in differenti contesti assistenziali. Anche nella salute mentale è attivo l'uso della Televisita e del Teleconsulto in ambito clinico presso i Servizi, ma anche esperienze di Telemonitoraggio.

2. Telemonitoraggio utenti CSM assieme alla Centrale di Telemedicina

Da gennaio 2022 è stato attivato un servizio di telemonitoraggio di parametri clinici per 12 utenti del CSM di Pavullo

nel Frignano che presentavano comorbidità organica, condizione che risulta particolarmente frequente negli utenti affetti da patologia psichiatrica grave e di lunga durata. Se, come detto, la letteratura rileva un "mortality gap", esso pare causato da diversi fattori quali la difficoltà ad accedere alla assistenza sanitaria, le caratteristiche intrinseche dei disturbi mentali e dei trattamenti farmacologici ricevuti, gli stili di vita adottati (Sampogna, Fiorillo, 2021). Per tali motivi si ritiene particolarmente importante mettere a disposizione tutti gli strumenti di cura e prevenzione che sono già attivi per gli utenti con malattie croniche, come Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco, che vengono monitorati (e telemonitorati) con il supporto di operatori delle Case della Comunità, della Assistenza domiciliare e della Centrale operativa della telemedicina in collaborazione con i MMG. Riteniamo che anche l'utenza con patologia di lunga durata

Ute nte	Frequenza settimanale	Inizio	Ev fine	Ricoveri 2022-2024	Problematiche	DG	Comorbidità	Motivazione ev drop out
1.	3 volte	24/01/2022	27/07/2022	no	saltava qualche invio dati	etilismo	steatosi	no drop out
2.	3 volte	24/06/2022	attivo	1 (IRA)	parziale difficoltà ad abituarsi a nuovo operatore della centrale	psicosi	Diabete 2 insufficienza renale	no drop out utente non vedente; invio dati possibile solo con caregiver non sempre disponibile
3.	3 volte	14/08/2022	30/01/2024	2 (depressione)	poca aderenza alla dieta; difficoltà invio dati	depressione maggiore	Diabete 2; cecità scompenso cardiaco	no drop out
4.	3 volte	20/01/2022	20/02/2023	no	nessuna fatica a rintracciarlo ma	d bipolare	cardiaco	no drop out
5.	3 volte	11/03/2022	09/09/2022	no	poi buon feeling	d bipolare	obesità diabete 2	no drop out
6.	1 volta	11/03/2022	30/08/2022	no	difficoltà a reperire il kit; oppositività	psicosi	ipertensione e scompenso cardiaco obesità scompenso cardiaco	Non motivato: poi si è reso irreperibile
7.	2 volte	24/03/2022	24/06/2022	no	nessuna malfunzionamento internet	psicosi depressione maggiore	Diabete 2	no drop out
8.	3 volte	13/04/2022	attivo	no			ipertensione Bpco, diabete, ipertensione	no drop out
9.	2 volte	03/08/2022	13/08/2023	1 (protesi ginocchio)	non sempre rispondeva al telefono	d bipolare	artrosi ginocchio	no drop out
10.	3 volte	02/04/2023	attivo	no	difficoltà a contattarlo fino a comprensione dei suoi orari	depressione maggiore	Diabete 2 ipertensione e scompenso	no drop out
11.	3 volte	23/05/2023	attivo	no	sempre molto precisa invio dati solo se il giorno stabilito glielo ricordi	psicosi	obesità obesità	no drop out
12.	2 volte	23/01/2024	attivo	no		d border	ipertensione dislipidemia	no drop out

Tab. 1 - Dati Telemedicina CSM-CTM 2022-2024

sia dal punto di vista psicopatologico che organico, possa e debba essere tutelata e sostenuta nel prendersi cura della propria salute in maniera globale ed olistica, e con la necessaria assistenza fornita dalle varie professioni sanitarie e sociali. Tale modalità sperimentale potrebbe essere estesa alla maggior parte dell'utenza lungoassistita che afferisce, ad esempio, ai CSM, seguendo precisi criteri di inclusione, ma garantendo alla popolazione a rischio una possibilità di accedere ad una importante prevenzione secondaria. Inoltre tale modalità permette di raggiungere pazienti residenti in zone geografiche remote e disagiate, con l'obiettivo di monitorare a distanza pazienti psichiatrici cronici individuati da MMG e/o psichiatra, per ridurre i ricoveri ospedalieri e migliorarne la qualità della vita.

2.1. Strumenti

Le sedi di monitoraggio sono state individuate nel territorio del Frignano le Case della Comunità dell'Alto Frignano e del Cimone. La rete delle strutture prevede il coinvolgimento degli operatori della stessa casa della comunità, il MMG depositario del trattamento terapeutico, gli operatori e lo psichiatra di riferimento del Centro di Salute Mentale e gli operatori della CTM. I criteri di inclusione e di esclusione sono stati il più possibile semplificati: utenti maggiorenni in carico al CSM con comorbidità, scompenso cardiaco, diabete o BPCO e presenza locale di copertura rete internet. I pazienti hanno ricevuto un kit con un tablet, uno sfigmomanometro, bilancia, contapassi, saturimetro, glucometro. I dati rilevati dai dispositivi sono trasmessi nei giorni stabiliti alla centrale operativa tramite piattaforma web dedicata. Un operatore sanitario della CTM monitorava i dati e contatta il paziente in caso di anomalie. I pazienti ricevono inoltre supporto telefonico per sostegno, monitoraggio generale della loro salute psicofisica e stile di vita, supporto alla adesione alla terapia farmacologica complessiva, ed, in generale, per una migliore gestione delle loro patologie.

2.2. Dati e valutazioni

I dati del primo programma sperimentale di telemonitoraggio con la CTM per utenti CSM sono incoraggianti, seppur ancora limitati. Dei 12 utenti iniziali, per 5 di essi vi è stata dimissione concordata dal programma e 2 utenti hanno abbandonato, mentre 5 pazienti risultano ancora inseriti nel progetto. La durata media è stata di circa 18 mesi, con un range che va da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 27 mesi (Tab. 1).

Naturalmente è auspicabile un ulteriore approfondimento ed un ampliamento della casistica per consolidare ed allargare questa esperienza. In ogni caso l'analisi di 12 casi seguiti evidenzia come la telemedicina sia uno strumento

prezioso per il monitoraggio a distanza dei pazienti, con potenziali benefici in termini di riduzione dei ricoveri ospedalieri e miglioramento della qualità della vita. La maggior parte dei pazienti (10 su 12) ha aderito con continuità, apprezzando la comodità e la flessibilità del monitoraggio a distanza, seppur alcuni hanno avuto qualche difficoltà iniziale ad inviare regolarmente i dati o a rispettare gli appuntamenti telefonici. Il monitoraggio complessivo, e non solo dei parametri vitali, ha fatto emergere varie problematiche che poi sono state condivise anche con gli infermieri del CSM che, insieme agli operatori della CTM, hanno potuto avere perciò ulteriori informazioni sullo stato di salute dei pazienti e mettere in atto eventuali azioni correttive. I problemi evidenziati andavano dalla difficoltà ad una alimentazione corretta, ad una connessione internet instabile, dallo scontento se cambiava l'operatore addetto al monitoraggio alla necessità di stabilire orari concordati. Gli ulteriori dati raccolti dai dispositivi indossabili e dalle interazioni telefoniche con gli operatori sanitari hanno permesso un monitoraggio efficace delle condizioni di salute dei pazienti, consentendo di identificare precocemente criticità e intervenire tempestivamente. Il monitoraggio a distanza aveva anche l'obiettivo di diminuire i ricoveri ospedalieri, che sono stati quattro in un periodo di oltre due anni, da parte di tre utenti, di cui due per motivazioni organiche, ed uno solo legato alla comorbidità telemonitorata. Due sono stati anche i ricoveri psichiatrici da parte di un unico utente, che è stato anche uno dei casi di drop out per problemi contingenti (l'invio dati dipendeva da caregiver che non era disponibile). Si sono evidenziate anche delle criticità: le difficoltà dei primi mesi di sperimentazione nelle connessioni via via sono state superate. Permangono difficoltà nella gestione e nell'utilizzo dello SPID. L'utilizzo di device che non prevedono l'uso dello SPID permetterebbe un accesso ad una platea più ampia di utenti. Inoltre l'uso di una piattaforma condivisa tra MMG e operatori AUSL, al momento non in uso, agevolerebbe il lavoro e la condivisione delle informazioni.

3. Azioni di miglioramento e progetti futuri

Le attività di Telemonitoraggio nei servizi del DSM DP di Modena sono in continua evoluzione ed ampliamento. Considerando i risultati raccolti con l'esperienza di Pavullo e la *vision* condivisa verso una salute mentale di Comunità si sono messe in campo altre sperimentazioni. Una di queste è la sperimentazione, in fase di avvio, del telemonitoraggio per la dimissione assistita dai ricoveri della Residenza a Trattamento Intensivo (RTI) e successivamente l'ipotesi di attivarlo anche per il reparto di Diagnosi e Cura (SPDC). Questo progetto vuole instaurare una maggiore integrazione

tra ospedale e territorio mettendo in collegamento le RTI, l'SPDC, la COT, la CTM, i CSM e le CdC della provincia. È rivolto a tutto il personale sanitario delle strutture sopra citate e ai servizi territoriali che collaborano con il progetto. Nello specifico, per l'utenza psichiatrica lo strumento di telemonitoraggio di parametri vitali ma anche di aspetti di stile di vita e adesione alle cure può risultare importantissimo. A tal proposito stiamo studiando, infatti, anche l'introduzione di parametri psicologici oltre che quelli fisici, utili da monitorare per meglio valutare l'andamento clinico del benessere mentale e l'emergere di eventuali segnali precoci di crisi (proprio come per quelli organici), e perciò favorire sia una migliore qualità di vita, che la prevenzione di ricadute al fine di intercettare o evitare urgenze e ricoveri. Riassumendo gli obiettivi del progetto di telemonitoraggio sono quelli di:

- garantire la continuità delle cure e integrazione tra Ospedale e Territorio;
- prevenire situazioni di riacutizzazione;
- prevenire situazioni di revolving-door ospedaliero;
- trattare la gestione del peggioramento cronico del paziente al fine di intercettare le ricadute e ridurre urgenze e ricoveri in ospedale;
- educare al riconoscimento dei valori in telemonitoraggio e la gestione dei sintomi;
- monitorare le fasi di modifica terapeutica;
- monitorare le persone con dimissione complessa.

A tale proposito è già iniziata la fase di formazione del personale sanitario, attuata per garantire competenze nell'utilizzo delle tecnologie di telemedicina e nella comunicazione a distanza per fornire all'utenza istruzioni chiare e semplici sull'utilizzo delle piattaforme digitali e garantendo un supporto tecnico adeguato, sviluppando protocolli di comunicazione precisi e definiti per la gestione delle emergenze e per garantire la continuità delle cure. Il telemonitoraggio di parametri fisici (e psichici) può essere particolarmente indicato, oltre che per utenti in carico alla salute mentale con comorbidità organiche, anche per utenti dimessi da ricoveri e residenze psichiatriche bisognosi di controlli più frequenti per evitare re-ricoveri ed in generale per l'utenza della salute mentale con patologie complesse e lungoassistite per prevenire ricadute, individuando segnali precoci di crisi, e per migliorare la qualità di vita.

Conclusioni

Possiamo così riassumere i principali possibili vantaggi del telemonitoraggio nella salute mentale (rivisto da Marino, 2024):

1. Monitoraggio continuo delle condizioni di salute globale dei pazienti, permettendo ai professionisti di analizzare i dati raccolti e regolare eventualmente interventi o terapie in base alle esigenze individuali, migliorando così l'efficacia del trattamento.
2. Maggiore partecipazione dei pazienti al processo di cura, grazie al controllo costante da remoto, permettendo loro di migliorare l'aderenza ai trattamenti.
3. Possibilità di erogare interventi di prevenzione, supporto, monitoraggio in un ambiente protetto e familiare come la casa del paziente ed eventuale coinvolgimento del caregiver.
4. Miglioramento dell'assistenza primaria ai pazienti, creando un collegamento digitale tra strutture sanitarie territoriali e medici di base per la gestione delle terapie domiciliari, dei malati cronici e dei soggetti fragili.
5. Migliorare l'accesso alle cure di Salute Mentale offrendo una maggiore personalizzazione e continuità terapeutica, riduzione dello stigma, nonché facilitando l'accesso a servizi specializzati e l'integrazione con le cartelle elettroniche dei pazienti.

L'esperienza sul territorio del Frignano ha evidenziato che il telemonitoraggio permette anche una ottimizzazione del tempo e spostamenti per utente ed operatore con maggiore continuità al trattamento terapeutico: il controllo dei parametri e la valutazione clinica possono essere effettuate da qualsiasi luogo. In sintesi, il telemonitoraggio può permettere un monitoraggio più costante e personalizzato dei pazienti con disturbi mentali, favorendo una maggiore aderenza alle cure e un miglioramento complessivo dell'assistenza.

Nonostante i numerosi vantaggi, ci sono ancora alcune lacune da colmare, in termini di valutazione dell'impatto e dell'efficacia ed applicazione di queste tecnologie.

Ringraziamenti

Emanuela Ferri, Lorenza Cavani, Arianna Bottone, Patrizia Falcone, Tamara Scardavilli, Lorenzo Sindaco, Fiorenza Fiorini, Donatella Marrama, Federica Casoni.

Co-autori

Imma Cacciapuoti, *dirigente, Processi Assistenziali, Direzione Assistenziale AUSL Modena*
 Pasquale Coco, *infermiere, Telemedicina Ausl Modena*
 Giancarlo Gibertoni, *psichiatra, DSM-DP Modena*
 Vittorio Donini, *infermiere, CSM/SerDP Pavullo*
 Rocco Vergine, *coordinatore, Professioni Sanitarie DSM-DP Modena*

Bibliografia

- World Health Organization (2022), *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W. P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). *Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis*. The Lancet. Psychiatry, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1).
- PonGov Cronicità <https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/pon-gov-cronicita-2018>.
- De Maria R., Falcone M., Nube G., Enrichens F., (2023), *Pon Gov Cronicità. La presa in carico: origine ed evoluzione*. https://www.quotidianosanita.it/-lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=112400.
- Pesaresi F., 2023. D.M. 77/2022: arriva il Progetto di salute. 5-20235. <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/-2023/12/d-m-77-2022-arriva-il-progetto-di-salute/?pdf>.
- Sampogna G, Luciano M, Del Vecchio V, Giallonardo V, Palumbo C, Andriola I, Sangiuliano M, Calcagno P, Zampogna D, Rossi R, Stratta P, Carmassi C, Dell'Osso L, Niolu C, Siracusano A, , Fiorillo A., *Stili di vita nei pazienti con disturbi mentali gravi: quali opportunità per il trattamento?* Riv Psichiatr 2021;56(5):261-271. doi 10.1708/3681.36674.
- Marino et al 2024, Agenda Digitale <https://www.agendadigitale.eu/-sanita/telemedicina-come-farla-in-italia-le-tecnologie-le-finalita-un-modello-possibile/>.

Verso una comunità locale per la salute mentale: il modello della prescrizione sociale

Esperienza pilota del Distretto Reno-Lavino-Samoggia di Bologna

Fabio Lucchi, Ilaria Camplone,
Francesca Isola, Sabina Alessi,
Fiorenza Ferri, Sabatina Esposito

ABSTRACT

La prescrizione sociale è una pratica sviluppatasi nel rapporto fra primary care e comunità locale per contribuire a percorsi di contrasto di disuguaglianze socio-sanitarie o fattori di rischio sociali con un impatto su varie condizioni di salute. Adottata dal sistema sanitario inglese come uno dei sei pilastri della strategia nazionale per la personalizzazione delle cure, ha trovato ampia diffusione in più contesti e con varie tipologie di utenti, comprese anche persone con problemi di salute mentale.

Nel distretto Reno Lavino Samoggia è in corso un progetto pilota che si inserisce nel progetto europeo COPE e che prevede la sperimentazione della figura di prossimità del link-worker per ingaggiare giovani NEET con il supporto di un gruppo di lavoro interistituzionale tra l'Azienda dei Servizi Sociali locali - ASC InSieme e l'Azienda USL composto da operatori del Distretto, dei Servizi sociali e del DSM-DP.

79

Introduzione

La sostenibilità dei percorsi di cura per persone con disturbi mentali è strettamente collegata all'effettiva integrazione dei servizi di salute mentale in una comunità locale che faccia della prossimità un obiettivo ed al contempo un metodo di lavoro per valorizzare le risorse formali ed informali disponibili a concretizzare un sistema di opportunità per l'inclusione sociale ed il contrasto delle disuguaglianze socio-sanitarie (Akaka et al., 2015).

Come realizzare e possibilmente coprodurre interventi e pratiche comunitarie che vedano l'integrazione di competenze diverse rappresenta una sfida che i servizi di salute mentale e delle cure primarie si trovano ad affrontare anche a partire dagli indirizzi che derivano dal DM77 e da nuovi "lotti" che vedono nei territori la nascita di case di comunità, case di quartieri ed altri luoghi di socialità. In

Rif.
Fabio Lucchi, *psichiatra,*
direttore DSM-DP Ausl Bologna
051 6584164
fabio.lucchi@ausl.bologna.it

questo contesto si collocano figure di operatori (infermieri di quartiere, agenti di salute, etc.) che attraverso pratiche innovative favoriscono ingaggio e processi relazionali fra persone e fra persone e servizi: la prescrizione sociale si inserisce fra questi.

Le pratiche della prescrizione sociale di stanno diffondendo a livello internazionale da diversi anni ed hanno trovato nel sistema sanitario inglese l'assetto organizzativo più maturo con il loro inserimento nei cosiddetti sei pilastri della strategia del NHS per la personalizzazione delle cure (Morse et al., 2022; NHS England, 2020, WHO, 2024).

Le prime esperienze di social prescribing si sviluppano a partire dai primi studi sulle disuguaglianze socio-sanitarie e quindi dalla necessità di stabilire connessioni fra comunità locali, risorse territoriali e servizi sanitari (Allen et al., 2014).

La definizione che il *Social Prescribing Network* propone di prescrizione sociale è la seguente: "uno strumento che consente al MMG e ad altri operatori socio-sanitari di inviare un paziente ad un operatore di rete affinché possano costruire insieme-attraverso una "prescrizione sociale"-un intervento che aiuti a superare problemi emotivi e sociali e bisogni pratici per migliorare il livello di salute ed il livello di benessere facendo ricorso a tutte le risorse formali ed informali delle loro comunità di riferimento" (Polley et al., 2017).

Nel 2016 il documento governativo *General Practice Forward View ha enfatizzato il ruolo del Social Prescribing* inserendolo fra le "dieci azioni ad alto impatto" per favorire l'integrazione di interventi a livello di *primary care*, servizi sanitari specialistici, servizi sociali e terzo settore (NHS, 2016).

Con il programma *5 Years Forward View* il social prescribing è stato inserito e finanziato insieme ad altri modelli di servizi per superare le tradizionali divisioni fra settore sociale, sanitario, servizi di salute mentale, fra cure primarie, secondarie e interventi comunitari anche attraverso la formazione di 5000 operatori dedicati (i *link-workers*) definendone un profilo professionale che è ancora in evoluzione. (NHS, 2014).

Lo schema della *social prescription* prevede quindi quattro attori: un inviante, un inviato, un *link-worker*, una risorsa comunitaria da attivare per raggiungere un obiettivo individuato con il contributo di tutte le parti interessate.

I progetti e le esperienze che si sono realizzate e che sono in corso di realizzazione all'interno di questo quadro di riferimento sono moltissime e presentano variazioni della tipologia degli attori coinvolti.

L'inviante, tradizionalmente il MMG, può essere un servizio specialistico, un servizio sociale territoriale. L'inviante si può caratterizzare non solo per essere portatore di una patologia internistica ma potrebbe avere un problema psicosociale di varia natura: solitudine, lieve depressione, difficoltà

relazionali/famigliari, NEET, mancanza di competenze sociali, etc.(Aughterson et al., 2020).

Il *link-worker* può fare un lavoro di indirizzo con pochi contatti con il paziente fino ad un vero e proprio lavoro di *case-management* e di costruzione/manutenzione della rete territoriale: anche questi aspetti hanno portato alla definizione di questo profilo professionale nel sistema sanitario inglese fra gli operatori attivi a livello di *primary care*.

Sono segnalati anche progetti in cui il *link-worker* è un utente esperto che conosce il territorio di riferimento e che può venire dal mondo dell'associazionismo per un determinato problema di salute (Bickerdike et al., 2017)

La risorsa comunitaria può essere non solo l'associazione o la cooperativa che ha già rapporti con il mondo socio-sanitario ma anche l'associazione sportiva, il museo, la scuola, la biblioteca ed anche un recovery college, un servizio per l'impiego, etc.

1. L'esperienza nel Distretto di Reno Lavino Samoggia

Da una interlocuzione fra ASC Insieme, Distretto di Reno Lavino Samoggia e Dipartimento di Salute Mentale della Ausl di Bologna, si è concretizzata la possibilità di partecipare ad un progetto di prescrizione sociale per giovani NEET di cui la Provincia di Trento è capofila.

Si tratta del progetto C.O.P.E (*Capabilities, Opportunities, Places and Engagement*) finanziato dalla Commissione Europea all'interno del programma EaSi (*European Programme for Employment and Social Innovation*) rivolto a giovani fra i 15 ed i 29 anni che non lavorano e non studiano e che rappresentano un gruppo target all'interno del quale si intersecano aspetti sociali, di vulnerabilità psicosociale che contribuiscono a processi di esclusione e di difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari (<https://it.copeproject.eu/>). Il progetto si propone di "Ingiaggiare" quindi giovani NEET, altrimenti difficili da raggiungere, attraverso un link-worker, un operatore che, formato secondo le competenze richieste nei progetti di social prescribing inglesi, fa da ponte fra l'utente, i servizi e la comunità locale favorendo l'avvio di un percorso di ripresa personale ed inclusione sociale.

1.1. Obiettivi

Gli obiettivi previsti da COPE pertanto sono i seguenti:

- a) Costruire una comunità di prossimità composta da soggetti istituzionali e della rete informale dei territori coinvolti nelle azioni progettuali.
- b) Formare operatori alla funzione del link-worker.
- c) Avviare azioni pilota anche a livello transnazionale.
- d) Definire linee-guida per l'adozione e l'implementazione del modello della prescrizione sociale in vari contesti organizzativi.

1.2. Step progettualità

Il progetto si è articolato in più fasi:

- a) Costituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale.
- b) Presentazione delle azioni al contesto comunitario per raccogliere disponibilità a partecipare alla comunità di prossimità.
- c) Formazione dei link-workers.
- d) Comunicazione e diffusione di informazioni sul progetto per i potenziali inviati e per favorire anche autocandidature.
- e) Avvio delle attività e monitoraggio attraverso un gruppo di lavoro.
- f) Raccolta dati e confronto in itinere con i partner del progetto.
- g) Valutazione finale.

1.3. Giovani NEET coinvolti

La sperimentazione è stata affettuata in un territorio circoscritto ed ha consentito nel corso dell'anno 2023 di raggiungere 29 giovani NEET fra i 15 ed il 29 anni che rientravano nei seguenti parametri:

- Sofferenza per solitudine.
- Problemi di salute mentale.
- Problemi sociali (residenza, lavoro, debiti).
- Condizioni croniche multiple (diabete).
- Chi va dal MMG senza un franco problema di salute (frequent attenders).

2. Prime "valutazioni" di processo

La valutazione complessiva del progetto COPE è ancora in corso e verrà completata nel corso del 2024 anche attraverso un confronto fra i risultati ottenuti nei diversi contesti europei coinvolti.

Per quanto riguarda la sperimentazione del Distretto Re.La.Sa., si possono avanzare alcune valutazioni preliminari. L'azione progettuale è stata coordinata da un gruppo di lavoro composto da operatori dei servizi sociali territoriali, dell'azienda sanitaria e questo ha favorito la presa in carico integrata di casi "in transizione" fra le dimensioni sociali e sanitarie ed anche fra i servizi della NPIA e della psichiatria adulti grazie all'intervento flessibile dei *link-worker* che ha consentito di superare vincoli organizzativi dei singoli servizi nell'attuazione di interventi non convenzionali.

L'attività di mappatura e costruzione delle reti territoriali è stata realizzata nella prospettiva di favorire la diffusione del progetto e la sensibilizzazione rispetto al tema emergente dei NEET.

Tale attività ha coinvolto anche i servizi istituzionali: Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria del territorio, Centro di Salute Mentale, Educativa di Strada, Servizi Sociali nei vari ambiti, Centri per l'Impiego, Servizi Cultura e Politiche Giovanili dei vari comuni, Responsabile di servizi educativi

(Centro per le Famiglie), Consulte Giovani. Attraverso la collaborazione del Centro per le Famiglie è stato possibile promuovere la diffusione attraverso tavoli di confronto con gli istituti scolastici superiori.

Il gruppo di lavoro interistituzionale ha interagito con altri programmi dipartimentali (area 14-25, esordi psicotici, etc.) e prassi emergenti a livello distrettuale come il recovery college nella sua versione "young", aperta ad adolescenti minori.

I bisogni predominanti esplicitati dai ragazzi coinvolti sono stati rispetto all'orientamento si servizi del territorio, socializzazione ed accesso al lavoro.

A fronte quindi di molte opportunità e progetti che il territorio può mettere a disposizione, la conoscenza e l'accesso sembra essere difficile per un gruppo target scarsamente ingaggiato nella rete dei servizi tradizionali.

Questo mette in discussione le modalità in cui i servizi comunicano la propria presenza e le proprie attività nei territori di riferimento che evidentemente non coprono tutti i potenziali beneficiari delle stesse.

Nel corso dei colloqui con gli utenti raggiunti dal progetto sono emersi sentimenti di inadeguatezza, aspetti depressivi che frequentemente hanno strutturato atteggiamenti e comportamenti di auto-stigma che rendono più difficile la richiesta di aiuto e rinforzano una fiducia non immediata nelle risposte standardizzate dei servizi.

Nello stesso tempo, una volta superati questi aspetti, è stato evidenziato come diversi giovani si pongono in un modo proattivo ed esprimono una disponibilità ad interagire a livello gruppale assumendo ruoli orientati alla facilitazione e al sostegno reciproco.

Osservazioni conclusive

Il gruppo di lavoro distrettuale ha già condiviso alcuni elementi che potrebbero essere alla base di ulteriori passaggi progettuali, anche con il coinvolgimento di altri contesti territoriali:

a) La prescrizione sociale collocata in una posizione mediana fra cure primarie, servizi specialistici, servizi sociali e risorse della comunità, può essere uno strumento efficace per favorire l'accesso a vari servizi di persone che con fatica vi accederebbero per via ordinaria.

b) Il *link-worker* si configura come un profilo di operatore di prossimità fra quelli che potrebbero trovare nelle Case della Comunità una loro naturale collocazione anche se la sua disponibilità ad incontrare gli utenti anche in contesti informali del territorio si è dimostrata elemento di grande rilievo, anche in termini di riduzione dell'autostigma dei giovani contattati.

c) La funzione di collegamento del link-worker facilita processi di *engagement* e di presa in carico di utenti che per

caratteristiche sociali, diagnostiche, etc. rischiano di non essere tempestivamente valutati e quindi avviati a percorsi adeguati, sia a rilevanza sociale che sanitaria ed in questa prospettiva si sono viste le potenzialità di collegare e/o favorire i passaggi fra i vari livelli di cura identificati dal DM77.

d) Per quanto riguarda i servizi, spesso condizionati dall'appropriatezza dell'accesso e dal definire criteri di inclusione/esclusione, è stato connotato positivamente la possibilità di avere uno spazio di osservazione/valutazione favorito dal link-worker che in più occasioni ha consentito di raccogliere elementi non emersi nell'immediatezza dei primi contatti per potere orientare una presa in carico condivisa e più argomentata.

e) La costruzione di una comunità di prossimità e quindi un rapporto generativo con risorse della comunità locale adeguatamente mappate e "curate" diventa un elemento fondamentale per un "ecosistema" di opportunità per contrastare le disuguaglianze socio-sanitarie e favorire percorsi di inclusione sociale: anche questo richiede non solo risorse ma strategie condivise ed un allineamento valoriale fra tutti gli stakeholders che possono contribuirvi.

f) In questa direzione la prescrizione sociale si connota come una pratica particolarmente flessibile per coinvolgere in progetti per il benessere comunitario una gamma di risorse molto ampia, come dimostrato dalla letteratura internazionale (musei, biblioteche, associazioni di vario genere, cooperative sociali, etc.).

g) Come elemento critico emerge il tema della sostenibilità a lungo-termine, una volta concluso il periodo delle sperimentazioni che potrebbe richiedere ulteriori progettualità su altri *target*, in altri contesti territoriali per testarne la scalabilità in una visione sistematica più complessiva nella direzione dell'integrazione dei vari strumenti e delle diverse pratiche che vedono nella prossimità con le comunità locali il loro comune denominatore.

Co-autori

Ilaria Camplone, medico,
direttrice Distretto ReLaSa/AUSL Bologna

Francesca Isola, dirigente amministrativo,
presidente Azienda Servizi per la Cittadinanza Insieme

Sabina Alessi, medico psichiatra,
responsabile UOS CSM ReLaSa/AUSL Bologna

Fiorenza Ferri, assistente sociale,
responsabile Area Adulti Azienda Servizi per la Cittadinanza Insieme

Sabatina Esposito, psicologa,
UOC Psicologia Territoriale/AUSL Bologna

Bibliografia

- Akaka A. M. & Vargo S.L. (2015) Extending the context of service: from encounters to ecosystems. *Journal of Services Marketing* 453-462.
- Aughterson, H. Baxter, L. and Fancourt, D. (2020). Social prescribing for individuals with mental health problems: A qualitative study of barriers and enablers experienced by general practitioners. *BMC Family Practice*, 21: 194.
- Allen, J., Balfour, B., Bell, R. & Marmot M., (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*. 2014. 26:4, 392-407.
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P.M., Farley, K., Wright, K. (2017). Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*.
- Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. (2022) Global developments in social prescribing *BMJ Global Health*, 7:e008524.
- NHS ENGLAND (2020), *Social prescribing and community-based support. Personalised care*, NHS England and NHS Improvement.
- NHS England (2014). Five year forward view.
- NHS England (2016) General Practice Forview.
- Polley, M., Bertotti, M., Kimberlee, R., Pilkington, K., and Refsum, C. (2017), A review of the evidence assessing impact of social prescribing on health-care demand and cost implications. University of Westminster.
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022), *A toolkit on how to implement social prescribing*, Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, trad. it. di Martina Caroleo.
- WHO (2024), *Un kit di strumenti per la prescrizione sociale*, Torino, Cultural Welfare Center.

Libri, articoli, ricerche, documentazione

Libri

Antonio Brambilla, Gavino Maciocco
DALLE CASE DELLA SALUTE ALLE CASE DELLA COMUNITÀ
La sfida del PNRR per la sanità territoriale
Carocci, Roma, 2022

Riccardo Zanella
LA SANITÀ DI PROSSIMITÀ
Case della salute, case e ospedali di comunità, farmacie multi-servizi
nelle città dei "quindici minuti"
Il Pensiero Scientifico, Roma, 2022

Silvia Landra, Marzia Ravazzini, Franco Prandi (a cura di)
LA SALUTE CERCA CASA
Manifesto per una comunità protagonista del proprio benessere
Derive Approdi, Roma, 2019

Roberto Franchini, Franco Pesaresi, Clara Bertoglio
LA COMUNITÀ
in Lavoro sociale: La rivista per le professioni sociali, n. 5 (ott. 2022)

Risorse on line

AA VV
CASE DELLA COMUNITÀ: OPINIONI DI CITTADINI E CITTADINE
A cura di Lombardia sociale. Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario
Negri IRCCS, Milano - Auser, Associazione di volontariato
e di promozione sociale, novembre 2023
<https://lombardiasociale.it/2023/11/27/case-della-comunita-opinioni-di-cittadini-e-cittadine/>

IL PNRR E LA SANITÀ TERRITORIALE. 2. LE CASE DELLA COMUNITÀ
FINANZIATE DAL PNRR
Openpolis, maggio 2023
<https://www.openpolis.it/esercizi/le-case-della-comunita-finanziate-dal-pnrr/>

Franco Riboldi, Franco Prandi
CASA DELLA COMUNITÀ NON SOLO UN LUOGO FISICO
MA UN MODO PER PROMUOVERE LA SALUTE
https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2021/11/libro-CURE-PRIMARIE_cap5.pdf

Gruppo Progetto Casa della Comunità (a cura di)
PROMUOVERE CASE DELLA COMUNITÀ A PARMA E PROVINCIA:
RAGIONI E LINEE PROGETTUALI
Parma, dicembre 2021
https://paracelso.unife.it/wp-content/uploads/2021/12/Promuovere_Case_Comunita-Progetto_completo_finale_211120.pdf

Articoli

Rachele Nanni, Giulia Lisotti, Davide De Rosa Saccone
IL CONTRIBUTO DELLA PSICOLOGIA DI CURE PRIMARIE
NELLE CASE DELLA COMUNITÀ
in Prospettive Sociali e Sanitarie, A. 53, n. 1 (inverno 2023)

AA VV
LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE:
UN'OPPORTUNITÀ E UNA SFIDA PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
in Autonomie locali e servizi sociali, n. 1 (apr. 2023)

AA VV
VERSO LE CASE DELLA COMUNITÀ:
DISCONTINUITÀ, PROSSIMITÀ, RIGENERAZIONE
Monografia. In Sistema Salute, la rivista italiana di educazione sanitaria
e promozione della salute, Volume 67, n. 1 2023

PRIMO PELLEGRINI, Educatore Professionale, Azienda USL della Romagna, U.O. Dipendenze Patologiche di Rimini, Centro Studi e Documentazione - primo.pellegrini@auslromagna.it



“Parliamone Insieme” è una iniziativa di comunicazione sui temi della salute mentale con la finalità non solo di informare ma di stimolare un cambiamento culturale e di lotta allo stigma.

Il progetto è promosso dalla Consulta regionale salute mentale dell’Emilia-Romagna e vede la collaborazione della rete di Esperti in Supporto fra Pari (ESP), delle associazioni di familiari e utenti, dei professionisti dei Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze patologiche ed è supportato dalla Regione Emilia-Romagna.

“Parliamone Insieme”, oltre a trattare i temi affrontati dalla Consulta e mettere in rete le esperienze locali sperimentate in Emilia-Romagna, raccoglie le attività e gli eventi promossi dalle associazioni, dai servizi sanitari o da altri soggetti, le informazioni e le opportunità offerte dalla rete sociale e sanitaria.

Per conoscere tutti gli eventi e news della regione:

<https://www.parliamoneinsieme.org/>

- 1** EDITORIALE
Dal Decreto alla Comunità
**Alessio Saponaro, Fabia Franchi,
Luca Brambatti, Giancarlo Gibertoni,
Barbara Leonardi, Fabio Lucchi, Paolo Ugolini**
- 5** LETTURA MAGISTRALE
Welfare di prossimità
e discontinuità paradigmatiche
nelle Case della Comunità
Marco Ingrosso
- 11** LETTURA MAGISTRALE
Al lavoro per un SSN più efficiente,
efficace e vicino a territori e cittadini
Francesco Enrichens
- 16** INTERVISTA
a Pietro Pellegrini
Servizi di comunità e prossimità:
ripensare a nuove fondamenta
A cura di Antonia Restori e Paolo Ugolini
- 21** FORMAZIONE RICERCA AZIONE
Dalla Casa della Salute alla Casa
della Comunità
**A cura di Vanessa Vivoli, Federica Borsari,
Anna Ciannameo, Stefania Florindi,
Diletta Priami, Alessandra Rizzica**
- 27** OSSERVATORIO RER
Go West! Prospettive nell'uso della
Telemedicina in Salute mentale
e Dipendenze patologiche
**Giancarlo Gibertoni, Elena Oliva, Michael Fanizza,
Sebastiano Pace, Claudia Nerozzi, Alessio Saponaro**
- 35** LINEE DI INDIRIZZO REGIONE ER
La comunità è di casa
**Rachele Nanni, Anahi Alzapiedi, Milena Bizzocchi,
Luca Brambatti, Barbara Bruni, Luigi Rocco Chiri,
Gabriella Gallo, Fiorello Ghiretti, Francesca Giacobbi,
Barbara Leonardi, Antonella Liverani, Malvina Mazzotta,
Federica Ronchetti, Lorenzo Scaglietti**
- 45** VALUTAZIONE
Formazione Infermiere di famiglia
e comunità e ricaduta organizzativa
**Marco Senni, Federica Boschi, Domenico Derasmo,
Barbara Di Stefano, Cristina Fabbri, Andrea Galeotti,
Riccardo Galeotti, Emanuela Manzari, Tiziana Marzulli,
Silvia Mazzini, Linda Prati, Giulia Silvestrini,
Mauro Taglioni, Laura Tedaldi**
- 51** VALUTAZIONE
Giocare per conoscere il mondo e...
la Casa della Comunità
**Barbara Francia, Silvia Bedini, Letizia Bonzagni,
Cecilia Conti, Valeria Magnoni, Eleonora Rossi,
Eleonora Varotti**
- 56** VALUTAZIONE
Intersezioni generative
**Linda Borra, Ilaria Galleran, Elisa Massimo,
Luisa Garofani, Cristina Sorio**
- 60** VALUTAZIONE
Addicted to health
**Giorgia Bondi, Lorena Rigoli,
Teo Vignoli, Barbara Rossi**
- 65** VALUTAZIONE
Task Sharing fra operatori sanitari
DSM-DP e COT
**Gibertoni Giancarlo, Imma Cacciapuoti,
Daniela Cavani, Irene Croci, Rossella Di Feo,
Emanuela Ferri, Jessica Quarantotti,
Alessandra Tirabassi, Rocco Vergine**
- 73** VALUTAZIONE
Teleprevenzione delle ricadute
**Irene Croci, Imma Cacciapuoti, Pasquale Coco,
Vittorio Donini, Giancarlo Gibertoni, Rocco Vergine**
- 79** VALUTAZIONE
Verso una comunità locale
per la salute mentale:
il modello della prescrizione sociale
**Fabio Lucchi, Ilaria Camplone, Francesca Isola,
Sabina Alessi, Fiorenza Ferri, Sabatina Esposito**