

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

14 Le nuove strutture intermedie: modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio

di Mario Del Vecchio, Anna Prenestini, Valeria Rappini¹

14.1 Introduzione

Negli ultimi anni molte Regioni e Aziende Sanitarie stanno introducendo e sperimentando (o riproponendo) nuove (o rinnovate) tipologie di strutture sanitarie e socio sanitarie. Accanto all'ospedale, che continua a rappresentare la forma più consolidata e di più facile identificazione per i cittadini, altri modelli stanno emergendo nella più ampia varietà di sedi e luoghi dell'assistenza disseminati sul territorio. Si tratta di entità proposte dalle regioni per dare una forma compiuta, e anche un nome riconoscibile (case della salute, ospedali di comunità, presidi territoriali di assistenza, strutture polifunzionali ambulatoriali, ecc.), a luoghi in grado di interpretare un cambiamento, ormai indispensabile e da tempo inseguito, nel baricentro dei sistemi sanitari. Ancora nel 2003, uno degli studiosi più impegnati sul tema lamentava come «Sono trascorsi 25 anni dall'approvazione della legge 833, e quattro dall'emanazione del decreto legislativo 229 che – finalmente! – ha delineato un quadro di riferimento nazionale concreto e avanzato e i Distretti, anche nelle regioni più attrezzate, sono ancora al palo (o quasi)» citato in Brambilla e Maciocco (2016).

Il tema delle strutture intermedie, entità che si collocano tra l'ospedale e il domicilio o più semplicemente – nella forma stilizzata della dialettica tra ospedale e territorio – il tema dello sviluppo di tutto ciò che non sia ospedale ed è quindi considerato territorio, attraversa il dibattito sulla sanità da molto tempo.

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro di ricerca comune degli autori che ne condividono congiuntamente contenuti e risultati. Sono attribuiti a Mario Del Vecchio i §§ 14.1, 14.2 e 14.7, ad Anna Prenestini i §§ 14.3 e 14.4, a Valeria Rappini i restanti. Gli autori ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie alla strutturazione dei casi: per l'AUSL di Ferrara, la dott.ssa Paola Bardasi, già DG dell'AUSL; per l'ASL di Vercelli, il DG dott.ssa Chiara Serpieri e il DS dott. Arturo Pasqualucci; per l'ASL di Rieti, il DG dott.ssa Laura Figorilli, il DS dott.ssa Marilina Colombo e la responsabile della CdS dott.ssa Gabriella De Matteis; per l'ASL Roma 3, la dott.ssa Flavia Pirola, già DS dell'ASL; per l'ASL BT, il DG dott. Ottavio Narracci, la dott.ssa Micaela Abbinante, il dott. Aldo Leo, direttore del Distretto Socio-Sanitario Trani-Bisceglie.

Tale discussione è caratterizzata da una sostanziale continuità di accenti e di ispirazione: la multidisciplinarietà, le cure primarie, il riferimento alle comunità, la cronicità, il raccordo con il sociale, la prossimità.

Una continuità è riscontrabile, però, anche in una certa ambiguità nell'uso delle locuzioni che via via sono state utilizzate per riferirsi a tali strutture e che rendono sempre problematica l'identificazione dei concetti ai quali si intende fare riferimento e i piani di riflessione coinvolti. Se si prende, per esempio, la locuzione «Casa della Salute» (CdS)², ma lo stesso accadeva per il termine Distretto, è agevole constatare come essa venga usata per rimandare a significati diversi. Talvolta ci si riferisce a: un luogo fisico (la CdS deve essere una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile); un *mix* di servizi da garantire (la CdS assicura l'erogazione di ...); un insieme di bisogni da soddisfare (le funzioni della CdS sono:...); le CdS garantiscono la presa in carico della cronicità e della fragilità); un livello di assistenza (la CdS è un modello innovativo per le cure primarie), un insieme di professionalità (nella CdS operano i seguenti professionisti:...), un livello di responsabilità organizzativa (le CdS rispondono di...). Un certo grado di ambiguità nell'uso di una terminologia è del tutto fisiologico, soprattutto quando l'obiettivo da realizzare è un cambiamento complessivo di approccio che inevitabilmente coinvolge l'intero funzionamento dal modo con cui i problemi vengono posti, ai meccanismi gestionali, ai processi operativi. Uno dei punti dai quale muove il presente contributo è che, rispetto al passato, per alcune dinamiche che hanno investito il nostro come altri sistemi, tale ambiguità sia aumentata significativamente e corra il rischio di rappresentare un ostacolo in un percorso di cambiamento improcrastinabile.

Per chiarire il punto in questione, senza volere approfondire temi di grande complessità, che attengono a cambiamenti in alcuni elementi strutturali della sanità, è sufficiente osservare come fino a tempi relativamente recenti i diversi significati, cui si è precedentemente accennato, trovavano una loro fisiologica convergenza. Professionalità coinvolte, luoghi di erogazione delle cure, livelli di assistenza, target di utenti, responsabilità organizzative tendevano a sovrapporsi in un modello articolato attorno ai saperi medici e a una loro consolidata gerarchizzazione. Così ospedale e territorio designavano insiemi coerenti all'interno e tra loro distinti di problemi, destinatari e saperi (lo specialista ospedaliero, quello territoriale, il MMG). A cambiare lo scenario sono intervenuti molteplici fattori che hanno, come già sottolineato in un altro capitolo del rapporto (Cap. 11

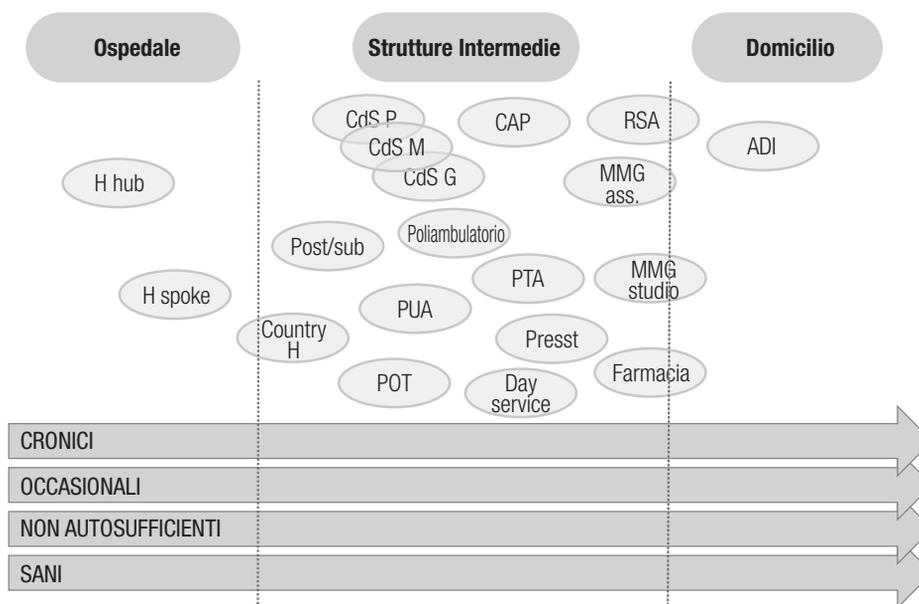
² In questo capitolo si utilizzerà, in particolare, il termine «Casa della Salute» per definire tutte quelle strutture intermedie che si collocano tra ospedale e domicilio, in cui sono generalmente ricomposti ed erogati servizi quali: cure primarie; specialistica ambulatoriale e diagnostica; servizi territoriali distrettuali e del dipartimento di prevenzione; eventualmente, *country hospital* o posti letto di tipo socio-sanitario gestiti da MMG; ecc. Tale tipologia di strutture intermedie – che può avere anche denominazione diversa rispetto a CdS – è l'oggetto primario dell'approfondimento di questo capitolo.

del presente Rapporto), sostituito al paradigma dell'acuzie e, quindi, della prestazione, il paradigma della cronicità e, quindi, della presa in carico e del percorso del paziente. Questo cambiamento impone, al tempo stesso, nuove modalità di lettura del sistema e nuovi meccanismi di funzionamento.

Laddove in precedenza vi era «la popolazione» come insieme di bisogni tendenzialmente omogenei che trovavano senza grandi difficoltà risposta in un sistema pensato unitariamente, ora esistono popolazioni diverse dalle caratteristiche ampiamente differenziate (Longo, 2015). Anziani non autosufficienti, cronici multipatologici, sia nel segmento a maggiore complessità e più elevata età, sia nel segmento più giovane, acuti, che non sono nel frattempo spariti, sani, che, i sistemi oggi scoprono, devono essere aiutati a rimanere tali: tutti rappresentano categorie che hanno bisogni e caratteristiche differenti a cui un sistema, per ora unitario, deve riuscire a dare specifica risposta. Tutte le categorie attraversano («percorsi»), seppure in maniera diversa, un sistema di offerta (strutture, responsabilità produttive e organizzative) che per scelta o necessità continua a essere pensato per tutti. Lo sforzo di specializzazione delle strutture, di riconduzione dei bisogni a specifici luoghi o partizioni del sistema di offerta, trova un limite nell'emergere di una «dimensione orizzontale» del bisogno che cerca risposta nei diversi luoghi del sistema (Fig. 14.1).

È bene sottolineare come uno dei problemi del nostro, come di molti altri, sistemi sanitari sia legato alla razionalità dei percorsi, alla necessità di governare

Figura 14.1 **Strutture e percorsi**



l'appropriatezza dei consumi, anche in relazione ai *setting* nei quali il bisogno trova risposta. Così, per usare una immagine molto diffusa, l'anziano fragile non deve, tendenzialmente, trovare risposta nel pronto soccorso e nell'inevitabile, a quel punto, ricovero ospedaliero. Ma è altrettanto importante avere presente come l'attraversamento dei *setting* è, fortunatamente, divenuto in molti casi strutturale e non rappresenti necessariamente un uso improprio. L'ospedale è sempre più caratterizzato in senso ambulatoriale e se quelle attività si contraddistinguono non per il luogo fisico, ma per la specializzazione del sapere, esse possono essere erogate in qualunque punto del territorio o addirittura a domicilio. Alcune cronicità, che, in quanto tali, esprimono un bisogno di prossimità e di presa in carico (territorio), hanno un riferimento in saperi fortemente specializzati (elevata complessità clinica). Si pensi, ad esempio, ad alcune patologie oncologiche, alla sclerosi multipla, ad alcune BPCO particolarmente complesse (al punto da immaginare alcuni CReG – Chronic Related Group con un baricentro sull'ospedale e non sul MMG). Viceversa può avere un senso che l'ospedale si attrezzi (*fast track* e percorsi dedicati) per rispondere alla domanda dei *frequent users* e non solo perché, in ogni caso, se li ritrova in carico. Così come può essere razionale che metta parte della sua potenzialità produttiva (specialistica ambulatoriale, ma soprattutto diagnostica) al servizio dei MMG.

In sintesi, problemi, pazienti, luoghi delle cure, saperi e professioni sono altrettanti elementi di un puzzle che necessita di essere ricomposto e la cui ricomposizione, in termini di responsabilità, avviene necessariamente in uno spazio multidimensionale in cui convivono principi e tensori diversi, con soluzioni contingenti, cioè adattate a ciascuna specifica realtà. In altri termini: *di cosa parliamo quando parliamo di strutture intermedie quali le Case della Salute?*

Per indagare le modalità organizzative e le caratteristiche salienti delle strutture intermedie tra ospedale e domicilio nel panorama sanitario italiano, si è analizzata la normativa e la programmazione di riferimento delle Regioni Emilia Romagna, Piemonte, Lazio e Puglia e, per ciascuna di queste Regioni, si è indagato uno o più casi aziendali di strutture intermedie attive. Il criterio di scelta delle Regioni e dei casi aziendali è stato di massimizzazione delle differenze (Fattore, 2005), in quanto in ciascuna regione e ASL sono proposti modelli diversi e a un diverso stadio di implementazione. L'approfondimento sulla parte relativa alle strutture intermedie è avvenuto tramite lo studio di documenti aziendali e 8 interviste a direttori generali, direttori sanitari e/o responsabili della CdS delle Aziende oggetto di analisi. L'intervista si è basata su una traccia che considerava i seguenti elementi: (i) disegno strategico e origine della creazione della struttura intermedia; (ii) organizzazione, responsabilità e dipendenze gestionali; (iii) caratteristiche della struttura in termini di attività, servizi e professionisti coinvolti; (iv) target principale di pazienti/bisogni.

Nel successivo paragrafo (Par. 14.2) si fornisce un approfondimento sulla pro-

spettiva e le dimensioni oggetto di analisi e, a seguire, si descrivono i differenti quadri regionali e i casi analizzati. In conclusione (Par. 14.8) sono discusse le principali evidenze della ricerca.

14.2 Le strutture intermedie tra disegni e fisicità

In questo quadro di crescente ambiguità del significato da attribuire ai termini che designano, con varie connotazioni, le strutture intermedie abbiamo ritenuto di limitare l'analisi – e, quindi, scopi e ambizioni della ricerca – a due elementi relativamente definiti dell'oggetto di attenzione: da una parte, i disegni che ne esprimono concettualizzazioni e finalità e, dall'altra, i luoghi fisici e ciò che in essi avviene, guardando a quelle strutture che genericamente possono essere ricondotte alle case della salute.

Sul primo elemento non vi è molto di particolare da osservare, in questa sede. Molto potrebbe essere detto in generale sul ruolo della formalizzazione nel rapporto tra politica, amministrazione e management. Se è vero che norme, piani, documenti ufficiali servono a molteplici scopi, oltre a quello di rappresentare un disegno da realizzare e una traccia per l'azione, è altrettanto vero che in presenza di una sufficiente razionalità politica e amministrativa sono in grado di esprimere un insieme di finalità da raggiungere e di mezzi atti a perseguirle. Da questo punto di vista una ricognizione dei documenti che diverse regioni hanno prodotto sul tema consentirà di valutare il grado di convergenza delle diagnosi e delle soluzioni prospettate, insieme alla molteplicità dei significati e dei ruoli attribuiti alle strutture intermedie.

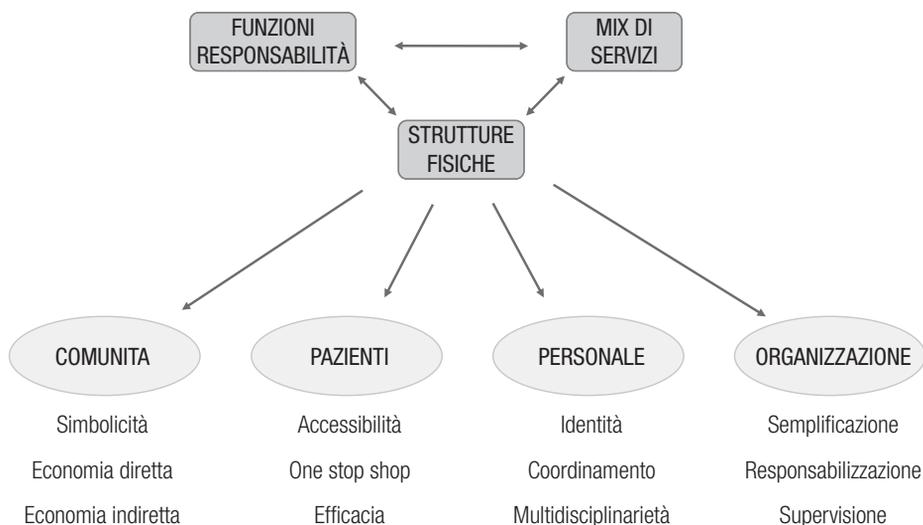
Diversa attenzione merita il tema della fisicità. Innanzitutto la dimensione fisica è un attributo fondamentale e non ambiguo, presente in tutti i disegni regionali. Le CdS, o strutture equivalenti, sono sempre e comunque degli edifici, indipendentemente dai ruoli, dalle funzioni attribuite, dai servizi e dai saperi ospitati, dalle popolazioni servite. La virtualizzazione, la proiezione sulla sola dimensione funzionale o organizzativa, non è mai prevista. La fisicità come elemento costante rappresenta un buon punto di partenza in quanto rende possibile una univoca identificazione dell'oggetto di attenzione. Al di là dei disegni e dei significati, sarà interessante analizzare cosa concretamente avviene all'interno di quegli edifici. Al tempo stesso la fisicità rappresenta quasi sempre un elemento che pre-esiste rispetto al disegno e che quindi, inevitabilmente, condiziona la concreta attuazione. Salvo rari casi, infatti, gli edifici hanno una loro storia e una loro funzione pregressa, sia in termini di servizi offerti che di ruolo nei confronti della collettività e ciò si riflette nella realizzazione in quello specifico contesto del modello previsto. Come in tutti i fenomeni aziendali l'osservazione darà conto di un fenomeno che si colloca tra la strutturazione e il disegno, da una parte, e il caso e le contingenze, dall'altra.

Se la fisicità è la dimensione fondamentale e più facilmente identificabile rispetto alle quali le altre, ad esempio le funzioni assolute e il *mix* di servizi offerto, possono articolarsi, è utile, prima di affrontare i casi analizzati, comprendere quali relazioni possano legare la dimensione fisica alle principali variabili in gioco. In altri termini, può essere rilevante chiedersi perché la dimensione fisica assume una simile importanza e quale ruolo possa giocare nel perseguimento delle finalità e degli obiettivi dichiarati (Fig. 14.2).

Una prima, e più esplicitamente considerata, area sulla quale la fisicità esercita un ruolo è quella della comunità di riferimento, soprattutto a quelle non localizzate nei contesti urbani. La strenua difesa delle strutture sanitarie localizzate nel proprio territorio, ospedali in primis, da parte della popolazione e delle istituzioni rappresentative è un fenomeno ben noto (Del Vecchio, Prenestini et al., 2014) e testimonia della simbolicità assunta dalla sanità. Attorno alle strutture sanitarie, le comunità costruiscono e difendono le proprie identità. La localizzazione e la presenza di una struttura sono comunque importanti non solo sul piano simbolico: i livelli di attività da essa offerti sono spesso un importante volano economico sia di natura diretta, gli addetti, sia di natura indiretta, l'indotto assicurato dalla presenza del pubblico.

Per i pazienti, i destinatari dei servizi, le CdS come luogo fisico rappresentano la garanzia della prossimità e della continuità, la possibilità di ricevere una risposta ai propri bisogni nel contesto locale e su archi temporali sufficientemente estesi. L'offerta di una pluralità di servizi legati alla salute nel medesimo ambito fisico è un elemento di grande semplificazione soprattutto per pazienti anziani e

Figura 14.2 I potenziali vantaggi della fisicità



pluripatologici, che possono così gestire in autonomia le proprie necessità, oltre che essere rassicurati sul piano psicologico. Da ultimo non bisogna sottovalutare l'impatto che tutti questi vantaggi possono avere sulla *compliance* e sull'attenzione alla propria salute, in generale.

Passando dagli impatti esterni a quelli interni, un'area di fondamentale importanza sulla quale la compresenza di servizi e professionalità diverse all'interno di un medesimo spazio può esercitare una influenza è quella dei comportamenti dei professionisti e delle loro interrelazioni. La condivisione di uno spazio comune può infatti stimolare lo sviluppo di una identità collettiva che diventa una variabile preziosa per guidare in vista di obiettivi comuni il comportamento di individui caratterizzati da ampia autonomia professionale. Se una caratteristica da assicurare nella organizzazione della presa in carico è la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, la contiguità è spesso una preconditione indispensabile. L'attenzione che le aziende di servizi ad alto tasso di innovatività, quelle per le quali una efficace interazione tra parti diverse del sistema aziendale rappresenta una condizione vitale, mettono nel progettare gli spazi e nel promuovere la «collisione casuale» tra gli individui, testimonia del ruolo della variabile fisica può giocare nell'assicurare il coordinamento in un sistema di cure effettivamente integrato sull'individuo (Waber, Magnolfi et al., 2014).

Un'ultima area da considerare è quella strettamente organizzativa, la possibilità cioè di attribuire ed esercitare responsabilità in relazione al conseguimento di obiettivi o dell'esercizio di alcune funzioni. A parte l'ovvia considerazione che lo svolgimento nello stesso luogo di una serie di attività permette l'esercizio della forma di controllo più diretta e immediata, rappresentata dalla supervisione diretta, il collegamento tra una funzione e un luogo facilita l'identificazione degli ambiti di responsabilità e il governo delle interdipendenze, semplificando le complessità della gestione e i suoi meccanismi. In questa prospettiva la costruzione di una identità collettiva collegata ai luoghi non produce effetti solo sulla dimensione professionale, ma anche su quella gestionale.

14.3 Il modello delle Case della Salute della Regione Emilia Romagna e il caso della ASL di Ferrara

Le CdS in Regione Emilia Romagna (RER), sono oggi una realtà importante per la gestione delle cure primarie e dei servizi territoriali. Le prime indicazioni normative sulle finalità, le caratteristiche e le funzioni delle CdS sono state emanate nel 2010 con la DGR n. 291 dell'8 febbraio. L'idea alla base del progetto dell'istituzione delle CdS era di integrare i servizi territoriali sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali in un'unica struttura fisica riconoscibile e facilmente raggiungibile da parte degli utenti. Dal punto di vista del funzionamento, la CdS si doveva fondare sulla presenza di équipe multiprofessionali e interdisciplinari

composte da Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di Libera Scelta (PLS), infermiere, assistente sociale, fisioterapista, ostetrica, medico specialista per i servizi ambulatoriali.

In tale DGR si riportava una suddivisione delle CdS su tre dimensioni (Grande, Media e Piccola) in rapporto alla ricchezza e alla complessità dei servizi presenti. Nella realtà, la configurazione di tali CdS ha visto il prevalere di due grandi tipologie (Brambilla e Maciocco, 2016):

- ▶ CdS Piccola, che di norma coincide con la sede del Nucleo di Cure Primarie (NCP) ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria da parte di MMG e PLS, assistenza infermieristica tramite ambulatori e ADI, assistenza specialistica a supporto di percorsi, assistenza ostetrica e assistenza sociale; sono, inoltre, generalmente presenti funzioni di accoglienza e orientamento, oltre a funzioni amministrative come il Centro Unico di Prenotazioni (CUP);
- ▶ CdS Medio-Grande, dove sono previste le funzioni presenti nella CdS piccola e, inoltre, una maggior varietà di specialistica ambulatoriale, inclusa diagnostica strumentale ecografica e radiologica, consultori familiari, servizi di salute mentale e dipendenze patologiche, sanità pubblica (vaccinazioni e screening), cure palliative, servizi di valutazione del bisogno tramite Punto Unico di Accesso (PUA) oppure Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), servizi di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici, distribuzione farmaci).

Nella stessa sede della CdS medio-grande, possono essere presenti strutture semi-residenziali o residenziali sanitarie e socio-sanitarie dedicate a gruppi di popolazione con specifici problemi (anziani non autosufficienti o diversamente abili, pazienti con bisogni di cure palliative, ecc.), come ad esempio l'Ospedale di Comunità (OSCO) oppure l'*hospice*. Il dimensionamento e i servizi sono stabiliti generalmente in relazione alle caratteristiche del contesto di riferimento.

Dal punto di vista organizzativo, la CdS è un presidio del distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che cura i rapporti con tutti gli altri dipartimenti sanitari aziendali, professionisti convenzionati, servizi sociali e associazioni dei cittadini.

A distanza di più di un lustro da queste prime indicazioni regionali, a luglio 2016, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (Direzione Welfare) è impegnata nella stesura delle nuove linee guida sulle caratteristiche organizzative e assistenziali delle CdS in RER. Tali linee guida riprendono le *best practice* maturate nei diversi territori e sono state oggetto di continua interlocuzione con tutti i maggiori *stakeholders* delle CdS (AUSL, EE.LL., associazioni dei pazienti e di volontariato, MMG e PLS, ecc.). Tra le principali direttrici di funzionamento delle CdS, così come ideate nella programmazione, vi sono:

Box 14.1 Le CdS in Regione Emilia Romagna

Secondo il più recente monitoraggio regionale sull'evoluzione delle CdS, quelle funzionanti al 31 marzo 2016 erano 81, di cui il 60% (49) di medio-grandi dimensioni e il 40% (32) piccole; le programmate alla stessa data sono 42, di cui il 60% (25) medio-grandi dimensioni e il 33% (14) piccole*, per un totale di 123 CdS. Dal punto di vista dei professionisti (Regione Emilia Romagna, Direzione Welfare, 2016): il 40% dei MMG e il 21% dei PLS – sul cui territorio esiste una CdS – sono coinvolti e operano all'interno delle CdS; così come oltre 400 infermieri (10% degli infermieri territoriali), circa 100 ostetriche e oltre 100 assistenti sociali prestano la propria attività in tali strutture. Tuttavia, all'interno della RER, ma anche all'interno delle stesse AUSL, vi sono grandi variabilità di funzionamento e di grado di sviluppo delle CdS.

Molte CdS medio-grandi sono esito di una riconversione di piccoli ospedali. Nel 2014 solo per gli investimenti di carattere infrastrutturale, considerando tutte le CdS, sono stati spesi quasi 120 milioni di euro, di cui il 34% deriva da fonti statali (di cui 30% ex art. 20, Legge 67/1988 e 4% ex legge 296/2006), il 21% dalle AUSL, il 16% dalla RER e il 29% è costituito da altri finanziamenti (comuni, donazioni, fondi stanziati per il sisma, ecc.).

* Per 3 delle programmate (7%) non è stata ancora definita la tipologia.

Fonte: Brambilla e Maciocco, 2016

- ▶ accesso, in termini di accoglienza e orientamento dei pazienti/utenti rispetto alle attività della CdS, fase in cui possono essere coinvolte organizzazioni di volontariato e mediatori culturali;
- ▶ valutazione del bisogno sanitario e sociale dei pazienti, funzione svolta dal PUA – infermiere, assistente sociale e altre figure professionali – o dall'UVM;
- ▶ organizzazione in aree integrate di intervento, sulla base di percorsi di prevenzione e di cura.

Perno di tale sistema diventano le CdS a media-alta complessità, la cui popolazione di riferimento dovrà essere di almeno 30.000 abitanti, che sono responsabilizzate sulle seguenti Aree Integrate di Intervento: 1) prevenzione e promozione della salute; 2) popolazione con bisogni occasionali-episodici; 3) benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni; 4) prevenzione e presa in carico della cronicità; 5) non autosufficienza; 6) rete delle cure palliative.

Nel modello delle CdS così delineato devono essere presenti: un responsabile organizzativo (ruolo preferibilmente ricoperto da un coordinatore infermieristico con competenze gestionali-organizzative); un referente clinico o – qualora la CdS sia medio-grande – di Area Integrata di Intervento (nel primo caso, è un ruolo ricoperto da medico convenzionato o dipendente del SSR; nel secondo caso, potrebbe anche essere una figura professionale con competenze assistenziali o sociali in relazione alle finalità prevalenti – sanitarie, assistenziali o sociali – dell'Area Integrata di Intervento); un coordinatore dei professionisti dell'assistenza. Inoltre, è previsto un *board* che rappresenta l'organismo formale e so-

stanziale di partecipazione alle decisioni della CdS, composto da responsabili e referenti della CdS, direttore distretto, direttore dipartimento cure primarie, coordinatore NCP, rappresentanti della comunità e delle associazioni dei cittadini.

Infine, il nuovo modello di presa in carico dei pazienti deve basarsi sulla sanità di iniziativa, attraverso il lavoro dell'ambulatorio infermieristico e in collaborazione con i MMG, gli specialisti e le altre figure professionali coinvolte. Nell'ambito dei percorsi condivisi, i compiti dell'ambulatorio infermieristico sono quelli di: a) identificazione e reclutamento delle persone a rischio, in collaborazione con i MMG; b) chiamata attiva e recall telefonico ai pazienti; c) accoglienza e la presa in carico; d) follow up delle persone in carico attraverso il monitoraggio dei parametri vitali, antropometrici e specifici della patologia cronica, dell'adesione al regime terapeutico, dell'adozione dei corretti stili di vita, della capacità di svolgere le attività di vita quotidiana (Activity daily living – ADL); e) promozione dell'*empowerment* del paziente e del *care giver* per l'autogestione della terapia, identificazione di sintomi e complicanze, ecc.; f) case management e continuità nel caso di ricovero ospedaliero o in struttura intermedia.

Le indicazioni normative e la programmazione istituzionale relativa alle CdS si stanno, quindi, evolvendo nel senso di una maggiore strutturazione dei ruoli organizzativi e di integrazione clinico-assistenziale, oltre all'introduzione di ulteriori attività per il miglioramento della presa in carico dei pazienti, in particolare cronici o con profili di rischio elevati.

In questo contributo si è scelto di approfondire il caso della CdS di Copparo dell'AUSL di Ferrara, un esempio di buone pratiche e di collaborazione fattiva tra AUSL e medici convenzionati per l'intera RER.

La Casa della Salute di Copparo dell'AUSL di Ferrara

L'AUSL di Ferrara ha un bacino di residenti di oltre 350.000 abitanti distribuiti su 3 distretti. Le CdS oggi funzionanti sul territorio dell'AUSL sono 6 (di cui 4 grandi e due di queste – Copparo e Comacchio – prevedono ciascuna 20 posti letto di ospedale di comunità), 1 media e 1 piccola; è attualmente programmata l'attivazione di un'altra CdS. La CdS «Terra e Fiumi» di Copparo (di seguito CdS di Copparo) è un presidio del Distretto centro-nord dell'AUSL. Il suo ambito territoriale di riferimento è rappresentato dall'Unione dei Comuni di Copparo, Tresigallo, Formignana, Berra, Ro Ferrarese, Jolanda di Savoia per un totale di 35.650 abitanti. Si tratta di un territorio pianeggiante in cui l'attività produttiva prevalente è a carattere agricolo.

Le origini e la struttura

La CdS di Copparo è il risultato di una riconversione di struttura ospedaliera, Ospedale San Giuseppe, situato in prossimità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cona. In relazione ai danni susseguenti il terremoto, l'AOU di Fer-

rara aveva trasferito le proprie attività presso il Nuovo Ospedale di Cona, rendendo insostenibile l'idea di ristrutturare e riaprire un ospedale di medie dimensioni (oltre 150 PL) a 20 km circa dall'*hub* di riferimento. Nonostante l'accelerazione della riconversione dell'ospedale sia derivata da fattori esogeni, le strategie aziendali che si stavano delineando all'epoca portavano verso la riqualificazione di questa struttura – che effettuava un numero importante di ricoveri ospedalieri inappropriati – verso la gestione integrata di cure primarie, ambulatoriali specialistiche e cure intermedie.

Dopo i lavori di ristrutturazione (che hanno visto ricostruiti *ex novo* il punto prelievi, gli ambulatori e il CUP), l'ospedale è stato disattivato formalmente a maggio 2014 e la struttura è stata riaperta come CdS Grande. La direzione strategica ha condotto questo processo con forte coinvolgimento della cittadinanza e degli Enti Locali, costruendo un nuovo «contenitore» di servizi che potessero dare una risposta più efficace alle necessità epidemiologiche e assistenziali della popolazione di riferimento. Anche in questo caso – come in quello della riconversione dell'ospedale di Forlimpopoli descritto dagli stessi autori in un capitolo del Rapporto OASI 2014 (si veda Del Vecchio et al. 2014) – il Sindaco era inizialmente contrario alla riqualificazione del vecchio ospedale, mentre oggi è tra i principali sostenitori, grazie anche alla capacità dell'AUSL di trasmettere la necessità del cambiamento e la sua utilità rispetto ai bisogni della collettività.

Organizzazione

La CdS di Copparo, dal punto di vista delle decisioni in merito alla produzione, dipende dal Dipartimento di Cure Primarie (DCP); un medico di direzione sanitaria, in forza al DCP, gestisce la parte igienistico-organizzativa della CdS (ad es. turni, gestione ambulatoriale, ecc.).

In generale, il direttore di distretto esercita un ruolo di committente rispetto a tutti i punti erogativi dell'assistenza primaria e territoriale. Nel caso dell'AUSL di Ferrara, uno dei tre direttori di distretto esercita un ruolo trasversale come coordinatore delle CdS presenti nell'AUSL allo scopo di omogeneizzare gli standard di servizio e i percorsi, con l'obiettivo di migliorare l'equità provinciale e la qualità dei servizi.

Il team operativo di gestione della CdS è composto da: i referenti MMG e dai coordinatori infermieristici del NCP e dell'OSCO, il medico del Dipartimento di Cure Primarie referente della CdS, un rappresentante per il Dipartimento di Salute Pubblica, il medico e il coordinatore infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale. Questo *team*, che si riunisce almeno una volta al mese, analizza tematiche quali orari di apertura, tipologia di accessi, modalità erogative e, inoltre, rappresenta il punto di riferimento per gli operatori che lavorano all'interno della CdS. Inoltre, si riunisce ogni qual volta debbano essere discussi casi complessi.

Inoltre, per presidiare gli aspetti relativi all'organizzazione e allo sviluppo della CdS è stato costituito un *board* di coordinamento composto da: Direttore del Dipartimento Cure Primarie, Direttore del Presidio Unico Ospedaliero, Referente distrettuale dei MMG, Responsabile delle Attività Distrettuali del Servizio Infermieristico, Referente degli Specialisti convenzionati, Coordinatore di NCP, Medico di organizzazione del DCP referente della CdS. Il gruppo si riunisce generalmente ogni 3 mesi e ha il compito di definire e condividere gli obiettivi e le azioni – in linea con la programmazione aziendale e la programmazione specifica della CdS – valutare i risultati, intervenire sui processi se emergono criticità nei percorsi.

Attività, servizi e professionisti

Nella CdS di Copparo si svolgono diverse attività che possono essere suddivise in 3 aree: 1) Area dell'accesso; 2) Area Clinica; 3) Area degli staff (del DCP e della CdS).

L'area dell'accesso prevede:

- ▶ il punto informativo, all'ingresso della struttura, che fornisce informazioni su tutti i percorsi e i principali servizi della CdS;
- ▶ il Punto Unico di Accesso, gestito da un infermiere *case manager*, presso il quale inizia la presa in carico globale e multiprofessionale dei bisogni dell'utente e questi trova ascolto, informazione adeguata, orientamento all'accesso dei servizi;
- ▶ lo sportello unico e CUP, aperti la mattina dal lunedì al sabato, che svolgono le principali funzioni di *front office* come prenotazione, pagamenti ed esenzione ticket, ecc.

L'area clinica prevede diversi servizi suddivisi in: 1) cure primarie; 2) specialistica ambulatoriale; 3) prevenzione; 4) servizi sociali; 5) OSCO. In particolare:

1. l'area delle cure primarie prevede gli ambulatori del NCP (aperto h12 dal lunedì al venerdì, in cui lavorano in turno 28 MMG) e dei PLS, l'ambulatorio infermieristico, i servizi di continuità assistenziale e l'ADI;
2. l'area ambulatoriale prevede una vasta gamma di attività svolte da specialisti che effettuano prestazioni cliniche e di diagnostica base (ad es. holter, ecocardiogramma, ecocolordoppler, ecc.), attività del servizio per le dipendenze, servizio psichiatrico territoriale, dialisi, punto prelievi, pediatria di comunità e salute donna, diagnostica radiologica, ambulatorio di stomaterapia e incontinenza, riabilitazione. Gli accessi sono destinati sia ai pazienti all'interno di un percorso stabilito, sia ai pazienti occasionali;
3. l'area della prevenzione effettua le vaccinazioni, gli *screening* tumorali principali, attività veterinarie e certificazioni medico-legali;
4. i servizi sociali sono presenti attraverso il ruolo dell'assistente sociale;

5. l'OSCO è una struttura di degenza territoriale con 20 posti letto, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai MMG e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti della Casa della salute.

La risposta ai bisogni e i target

La strategia dell'AUSL era di costruire una CdS sulla base delle necessità epidemiologiche della popolazione residente nella zona di Copparo, rivolgendosi, in particolare, a pazienti cronici (diabetici, nefropatici, ecc.). L'idea alla base dell'organizzazione della CdS di Copparo è, infatti, che la presa in carico dei pazienti sia facilitata dalla presenza, nello stesso luogo fisico, di infermieri case manager, MMG, specialisti ambulatoriali e di tutte le professioni necessarie per la risposta ai bisogni di I livello. La presa in carico, inoltre, non si attiva solo all'interno della CdS, ma anche con i diversi ospedali della zona (compreso l'ospedale di Cona) e con le strutture private accreditate. Tuttavia, grazie alla vasta gamma di servizi ambulatoriali specialistici presenti, anche i pazienti «occasionalmente» trovano soddisfazione dei propri bisogni.

Alcuni indicatori, tratti da elaborazioni sviluppate a livello regionale, che l'AUSL di Ferrara utilizza per valutare i risultati della CdS di Copparo sono rappresentati nella tabella 14.1 e sembrano essere particolarmente interessanti.

Tabella 14.1 **Indicatori utilizzati dalla AUSL di Ferrara per valutare la CdS**

Indicatore	Situazioni	2011	2014	Impatto della Casa della Salute
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per patologie croniche (BPCO, scompenso cardiaco e diabete) ogni 1.000 residenti;	NCP con CdS (Copparo)	3,9	3,5	-0,10 ricoveri ogni 1.000 assistiti
	Altri NCP senza CdS	3,6	3,3	
Accessi non urgenti al PS in orario diurno e giorni feriali	NCP con CdS (Copparo)	28,1	13,1	-4,5 accessi ogni 1.000 assistiti
	Altri NCP senza CdS	32,1	21,6	

14.4 L'evoluzione dei servizi territoriali in Regione Piemonte e il caso dell'ASL di Vercelli

La Regione Piemonte nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015 ha individuato gli obiettivi strategici rivolti al rafforzamento dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, nel rispetto della normativa sul contenimento della

spesa pubblica e del generale contesto di progressiva contrazione delle risorse finanziarie destinate al SSR. Le principali linee direttrici riguardano:

- ▶ il riordino dell'Assistenza primaria (MMG e PLS) mediante lo sviluppo dei modelli di associazionismo (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali), con il distretto che svolge un ruolo di governo e di coordinamento territoriale;
- ▶ potenziamento della rete territoriale attraverso la realizzazione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), strutture polifunzionali distrettuali prioritariamente destinate all'assistenza continuativa, nell'arco dell'intera giornata, alle cronicità e alla risoluzione di problematiche cliniche a bassa complessità ed intensità assistenziale;
- ▶ coordinamento tra strutture ospedaliere e rete territoriale con l'obiettivo di semplificare e di «accompagnare» l'intero percorso di cura del paziente, perseguendo quell'integrazione ospedale-territorio finalizzata anche a risolvere il sempre più pressante problema dell'improprio sovraffollamento delle strutture ospedaliere.

Oggi, la Regione sta puntando sui due modelli rappresentati dalle AFT e dalle UCCP.

Box 14.2 **Le sperimentazioni già avviate in Piemonte**

In attuazione di tali obiettivi strategici è stato avviato, in via sperimentale, un primo percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale regionale, attraverso la D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012 avente ad oggetto l'approvazione delle linee d'indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP). I CAP sono strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei distretti. I MMG/PLS, pur mantenendo il proprio ambulatorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura. Le attività dei CAP sono organizzate per aree funzionali (amministrativa, accesso, diagnostica strumentale, patologie croniche, cure primarie, assistenza specialistica, sorveglianza temporanea, attività riabilitative, socio sanitarie). La Regione Piemonte ha previsto 1-2 CAP per distretto (quest'ultimo non deve avere dimensioni inferiori a 70.000 abitanti).

Le forme organizzative multi-professionali già operative a livello sperimentale sul territorio piemontese sono le seguenti:

- 5 CAP che hanno sede – con una sola eccezione – presso ex presidi ospedalieri di alcune ASL regionali;
- le Case della Salute ed ex Gruppi di Cure Primarie avviati nell'ambito della sperimentazione regionale (di cui alla D.G.R. n.57-10097 del 17.11.2008 e conclusasi il 31.12.2011) oppure a livello aziendale, sebbene nelle maggior parte dei casi l'attività di tale forme organizzative è proseguita nella configurazione di medicina di gruppo garantendo, nella stessa sede, l'integrazione con le attività infermieristiche, diagnostiche e specialistiche, nonché con le aree socio-sanitarie della domiciliarità e residenzialità;
- gli Ospedali di comunità con sede in Varallo (ASL VC) e Demonte (ASL CN1), attualmente funzionanti in via sperimentale, ma le cui caratteristiche funzionali e strutturali devono essere ancora definite con apposito provvedimento.

Le AFT sono definite quali reti monoprofessionali (MMG/PLS) «che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi» (L.189/2012, art.1, co.1). L'AFT è composta da circa 15-20 MMG/PLS e, in taluni casi, anche da medici specialisti ambulatoriali interni, che devono garantire:

- ▶ assistenza ambulatoriale e domiciliare a favore della popolazione in carico ai MMG/PLS che la compongono;
- ▶ l'applicazione dei PDTA definiti a livello regionale, aziendale e distrettuale a favore dei pazienti affetti da patologie croniche;
- ▶ interrelazione con tutti i professionisti del sistema sanitario (dipartimenti e strutture territoriali e ospedaliere) e con l'area socio-assistenziale, al fine di assicurare la continuità di cura agli assistiti, con particolare riferimento ai percorsi post dimissioni ospedaliere.

Il Distretto deve individuare gli obiettivi di salute che le AFT devono perseguire. La popolazione assistita afferente a ciascuna AFT non è superiore a 30.000 abitanti.

Le UCCP sono costituite da reti multiprofessionali, operanti in sedi uniche sotto forma di strutture polifunzionali territoriali dotate di strumentazione di base per la diagnostica di primo livello (h12). Le UCCP operano attraverso il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie (MMG e PLS), dell'area specialistica territoriale e ospedaliera, della prevenzione, dell'area infermieristica, dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale e, a garanzia della copertura h 24, dei medici di continuità assistenziale (MCA).

Le UCCP operano nell'ambito della programmazione del fabbisogno sanitario e socio-sanitario definito dal Distretto. L'articolazione territoriale delle UCCP prevede:

- ▶ una sede di riferimento aziendale istituita in ambito distrettuale, riconsiderando in tale sede gli attuali CAP distrettuali e riconvertendo strutture aziendali già esistenti in ambito ospedaliero e/o territoriale;
- ▶ eventuali altre sedi accessorie dislocate sul territorio distrettuale e collegate telematicamente alla sede centrale.

I relativi ambiti operativi devono essere coincidenti con quelli di una o più AFT, garantendo la copertura dell'intero territorio, con particolare riferimento alle aree montane e/o a bassa densità abitativa.

Nella programmazione regionale, le UCCP rappresentano l'evoluzione delle forme organizzative multiprofessionali già sperimentate su alcune aree distrettuali (es. Case della Salute) e in fase di sperimentazione (es. CAP); di norma si sviluppano nell'ambito di strutture aziendali/distrettuali e possono essere istitu-

ite nel numero di una o, in considerazione della specificità territoriale, al massimo due per ogni Distretto.

Dal punto di vista infrastrutturale e logistico, l'UCCP si sviluppa in strutture agevolmente accessibili e fruibili da parte degli utenti in ambito distrettuale, preferendo in ordine di rilevanza:

- ▶ presidi ospedalieri e territoriali aziendali oggetto di riconversione;
- ▶ poliambulatori distrettuali;
- ▶ CAP/Case della Salute operanti a seguito delle sperimentazioni avviate a livello regionale;
- ▶ altre strutture aziendali, comunali o comunque pubbliche.

Le ASL hanno avuto il compito di effettuare una ricognizione delle strutture già operanti a livello distrettuale rispetto alle quali prevedere la progressiva riconversione o riallocazione presso l'UCCP. Viene definito a livello aziendale il percorso di riconversione dei CAP in UCCP salvaguardandone il patrimonio operativo e di servizi garantiti ai cittadini. Questa modificazione sembrerebbe avere carattere più terminologico che sostanziale.

14.4.1 Le strutture intermedie all'ASL di Vercelli

L'ASL di Vercelli ha una popolazione residente di quasi 175.000 abitanti distribuiti su un territorio a scarsa densità abitativa (83 abitanti per Km² contro i 174 della Regione Piemonte) e parzialmente montano (distretto della Valsesia), con il 45% dei comuni che registrano una popolazione inferiore ai 500 abitanti.

Nel 2015, prima della riorganizzazione, erano attive 24 sedi di erogazione di servizi territoriali suddivise in modo eguale nei due distretti di Vercelli e Valsesia.

Le origini e le strutture

La riorganizzazione della rete territoriale dell'ASL di Vercelli ha origine nei primi anni duemila con la riconversione di alcune strutture ospedaliere – con gravi carenze dal punto di vista infrastrutturale – in poliambulatori locali o in *Country Hospital* (Gattinara, Varallo e Santhià).

Nel 2015, due sono gli elementi che hanno determinato la necessità, per la nuova direzione strategica, di riprendere la questione della rete territoriale e della sua riorganizzazione:

- ▶ i nuovi modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale proposti dalla DGR 26-1653/2015 e dalle normative nazionali;
- ▶ la consapevolezza che una rete di servizi così diffusa non consentisse né di garantire l'equità d'accesso, né di elevare gli standard qualitativi e l'efficacia

dell'intervento sanitario e socio-assistenziale dell'ASL, né di produrre l'efficienza necessaria per poter re-investire sull'erogazione di servizi a maggior valore aggiunto per la popolazione di riferimento³.

Le strategie sulla rete territoriale, in particolare, si ponevano l'obiettivo di:

- ▶ riorganizzare le sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali, orientandole verso una maggiore concentrazione fisica, tecnologica e delle risorse umane e prevedendo livelli di servizio minimi, allo scopo di garantire l'equità sul territorio dell'ASL, migliorare gli standard minimi delle prestazioni per tutti gli utenti⁴, diminuire i tempi di attesa, ricercare una maggiore efficienza anche attraverso il recupero di economie di scala;
- ▶ far evolvere le sedi di erogazione delle Cure Primarie, coinvolgendo maggiormente le forme associative dei MMG.

Allo stesso tempo, il riordino della rete ospedaliera influiva sulla riorganizzazione dei servizi territoriali, poiché interessata dal riordino dei posti letto e dalla riorganizzazione della assistenza, sempre più orientata alla complessità delle cure e alla intensità assistenziale. Perciò, pur conservando tutti i numerosi punti di erogazione delle prestazioni di prelievo e di tipo infermieristico, capillarmente diffusi, sono stati individuati 3 livelli di erogazione dei servizi ambulatoriali⁵, che vengono gestiti dal distretto:

- ▶ livello di base, per le prestazioni ambulatoriali non complesse, individuando le sedi ambulatoriali di Cigliano e Coggiola;
- ▶ I livello, per le prestazioni ambulatoriali previste per le sedi UCCP e in stretta connessione con le attività di cure primarie, nelle strutture di Santhià, Gattinara/Varallo⁶;

³ Nel 2013 la gestione delle sedi presentava dei costi complessivi (personale dipendente e convenzionato, costi diretti, costi di trasporto, ecc.) stimati in € 1.392.503,39 a fronte di un valore della produzione complessivamente attribuibile in € 580.765,85.

⁴ Partendo da un'analisi dei dati per ciascuna delle branche specialistiche, attraverso dei tavoli di lavoro, sono stati definiti a tendere: a) il numero minimo di prestazioni da erogarsi in un'ora di attività; b) lo standard minimo di servizio per ciascuna delle prestazioni; c) lo strumentario e le risorse umane necessarie. Ad es. la visita ostetrico-ginecologica era effettuata in sedi territoriali molto diffuse senza la possibilità di completare l'iter diagnostico con accertamenti ecografici; con la riorganizzazione della rete territoriale, avendo concentrato sedi e tecnologie, la stessa visita ostetrico-ginecologica potrà sempre essere completata con l'indagine ecografica, innalzando gli standard minimi di servizio proposti agli utenti.

⁵ In analogia alle classificazioni applicate alla classificazione dei presidi ospedalieri determinati dal DM 70/2015 e trasferendole su quelle ambulatoriali.

⁶ La distanza tra il Country Hospital di Varallo e il Presidio Sanitario Polifunzionale di Gattinara è di pochi km, perciò sono considerati unitariamente nella definizione delle strategie di revisione dell'offerta territoriale.

- ▶ Il livello, per le prestazioni ambulatoriali complesse e/o ad elevata specializzazione, presso le sedi degli ospedali.

Le buone pratiche maturate presso il CAP di Santhià (su cui si concentra questa ricognizione) sono state fondamentali per la riprogettazione delle strutture intermedie e rimangono alla base della sua evoluzione e quella della sede di Gattinara. L'ASL, in attuazione delle strategie sulla rete territoriale, ha in previsione l'attivazione di una UCCP presso Santhià (con la riconversione del CAP) e una presso il presidio sanitario polifunzionale di Gattinara.

Organizzazione

Il presidio sanitario di Santhià si trova al centro dell'omonima cittadina e risponde ai bisogni di una popolazione di circa 30.000 abitanti di 14 comuni dell'area.

Dal punto di vista gestionale dipende dal direttore di distretto, che definisce anche la tipologia e i volumi di produzione necessari per rispondere ai fabbisogni della popolazione di riferimento.

Presso la struttura è presente un medico referente che risponde direttamente al distretto, essendo delegato a svolgere le funzioni igienico-organizzative distrettuali nel CAP. Il medico referente assicura il coordinamento organizzativo delle attività del personale operante nel presidio (MMG, PLS, specialisti, infermieri, ecc.), in termini di: definizione dei turni, invio del calendario mensile, verifiche periodiche e report sulle attività. Inoltre, si interfaccia con il Distretto, gli ospedali, i servizi sociali e i servizi aziendali di supporto alle funzioni del CAP per garantirne un funzionamento ottimale.

Gli specialisti rispondono, dal punto di vista clinico-assistenziale e ai fini della programmazione delle attività specialistiche, ai direttori di dipartimento sanitario o di UOC aziendali corrispondenti alla propria specialità.

Attività, servizi e professionisti

Nella delibera di costituzione del CAP, le attività previste dalla sua *mission* sono:

- ▶ accoglienza, informazione, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi per problematiche specifiche, gestione coordinata delle patologie croniche;
- ▶ pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare;
- ▶ educazione sanitaria e terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia o per favorire stili di vita sani;
- ▶ continuità assistenziale per problemi ambulatoriali per tutti i giorni della settimana in fasce orarie diurne.

Per rispondere alla sua *mission*, il CAP di Santhià gestisce diverse aree:

- ▶ cure primarie, con la presenza degli ambulatori dei MMG/PLS e infermieristico, ADI e medico di continuità assistenziale;
- ▶ specialistica di base, con il poliambulatorio specialistico (cardiologia, chirurgia, dermatologia, diabetologia ed endocrinologia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, ORL, ortopedia, reumatologia, urologia), servizi di psichiatria territoriale, psicologia e SERD, consultorio familiare, recupero e riabilitazione funzionale, centro dialisi;
- ▶ diagnostica, con la presenza della radiologia e del punto prelievi del laboratorio analisi;
- ▶ accesso e amministrazione sanitaria, con CUP, ufficio scelta e revoca MMG, servizio protesica;
- ▶ sportello unico socio-assistenziale, con la presenza di assistenti sociali (messe a disposizione dagli Enti Gestori dei Servizi Socio-assistenziali) per la gestione prioritaria dei pazienti rispondenti ai criteri di fragilità definiti a livello aziendale.

I professionisti medici, infermieri, assistenti sociali e il personale tecnico, ausiliario e amministrativo lavorano in equipe per fornire risposte integrate ai bisogni dei cittadini. Diverse sono le procedure che sono state definite per garantire il buon funzionamento della struttura, tra le quali: a) regolamento di funzionamento del CAP; b) protocolli di collegamento con il sistema di emergenza-urgenza e con l'area specialistica ambulatoriale e ospedaliera; c) PDTA per la parte clinico-assistenziale quali quello del diabete mellito e della BPCO.

I MMG svolgono attività per i propri assistiti e anche per di altri cittadini che necessitano di una valutazione medica per un proprio bisogno sanitario non emergenziale in accesso diretto. Per accertamenti diagnostici e consulti specialistici sono attivi percorsi strutturati all'interno della stessa struttura a seguito della presa in carico del MMG. È garantita la presenza dei MMG dal lunedì al venerdì durante la giornata ed è integrata con quella della Continuità Assistenziale presente in sede nei giorni pre-festivi e festivi. Al CAP partecipano 7 MMG su un totale di 25 nell'ambito di riferimento della struttura di Santhià. L'ASL mette a disposizione dei MMG gli spazi per l'attività professionale (ambulatorio), una segreteria dedicata, attrezzature fisiche e tecnologiche, la presenza degli infermieri.

Partecipano, inoltre, anche 2 PLS su i 3 dell'ambito territoriale ed è garantita la presenza di almeno un PLS ogni giorno per 3 ore.

La risposta ai bisogni e i target

Il CAP di Santhià, nelle strategie dell'ASL, risponde ai bisogni di cure primarie e di specialistica territoriale della popolazione residente e, quindi, prende in carico tutte le fasce di popolazione e di bisogno, sulla scia delle indicazioni per la predisposizione delle UCCP. Nonostante ciò si è costruito un insieme di servizi

che permette un'attenzione specifica alla gestione coordinata delle patologie croniche, tramite PDTA e l'assistenza domiciliare, e dei soggetti fragili anche grazie all'integrazione con la parte socio-assistenziale.

14.5 L'introduzione del modello della Casa della Salute in Regione Lazio

La Regione Lazio sta sviluppando una rete socio sanitaria di cure primarie e di continuità assistenziale che identifica nella CdS il cuore del sistema. La comunicazione istituzionale (accentrata e uniformata dal livello regionale) pone l'accento, innanzitutto, sulla sua funzione di «unica sede territoriale di riferimento» alla quale i cittadini «possono rivolgersi ogni giorno per i diversi servizi socio sanitari tra cui quelli per le patologie croniche (come, per esempio, il diabete o lo scompenso cardiaco)». In secondo luogo, la CdS è «la porta di accesso unificata al servizio sanitario» e, quindi, tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale sono «poste in rete» con le CdS «per fornire, nel minor tempo possibile, la risposta adeguata a ogni singola necessità». Infine, essa rappresenta il luogo «dove i cittadini possono incontrare una nuova offerta di servizi, più accessibili e meglio organizzati».

In Regione Lazio, a differenza del caso emiliano romagnolo, l'adozione del modello della CdS rappresenta un'evoluzione relativamente recente. Le prime indicazioni sono contenute nel documento allegato al DCA n. 428 del 2013 («Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali, di cui al DCA n.206/2013, riguardo all'organizzazione delle Case della salute») in cui la Regione, con l'occasione della stesura dei nuovi Atti aziendali, propone alle direzioni generali «un nuovo modello» di riferimento, la Casa della Salute appunto, che «riassume» le diverse tipologie di strutture intermedie introdotte in normative precedenti quali, in particolare, i Centri Clinici Assistenziali Distrettuali (CeCaD), i Presidi Territoriali di Prossimità (PTP) e gli Ospedali distrettuali.

Nel disegno progettuale della regione «la riconduzione in un unico luogo fisico di funzioni fondamentali, con la partecipazione di diverse figure professionali» risponde a un insieme variegato di finalità:

- ▶ garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno 12 ore al giorno e in particolare migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche e degenerative;
- ▶ facilitare la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;
- ▶ fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri;
- ▶ assicurare un Punto Unico di Accesso (PUA) dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;

- ▶ ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie attraverso la costituzione di équipe multi professionali e multidisciplinari, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- ▶ organizzare e coordinare le risposte da garantire ai cittadini nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- ▶ sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- ▶ favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione di risultati interni ed esterni ai servizi;
- ▶ offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di équipe, anche utilizzando i fondi contrattualmente destinati alle attività formative per le specifiche figure professionali.

Le CdS si basano su un modello flessibile «capace di adattarsi alle caratteristiche delle diverse realtà territoriali». Il modello è di tipo «modulare» e prevede accanto alle funzioni di base che connotano la struttura (area dell'assistenza primaria e area pubblica) la possibilità di inserire moduli funzionali aggiuntivi (Tab. 14.2).

Tabella 14.2 **Le Aree della Casa della Salute nel modello «modulare» della Regione Lazio**

Area dell'assistenza primaria	Assistenza primaria garantita da MMG e PLS Attività specialistiche (con particolare riferimento alle discipline di cardiologia, ginecologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia generale e, eventualmente, angiologia, neurologia, malattie dell'apparato digerente) Ambulatorio infermieristico Attività di diagnostica strumentale di primo livello
Area pubblica	Area dell'accoglienza Sportello CUP Punto Unico di Accesso (PUA) Area di sorveglianza temporanea Area del volontariato e della mutualità
Moduli funzionali aggiuntivi	Area delle cure intermedie a gestione infermieristica Assistenza ambulatoriale complessa (per esempio, chirurgia ambulatoriale, day service) Centri territoriali per le demenze Centri anti violenza Assistenza farmaceutica Attività Fisica Adattata (AFA) Funzione ambulatoriale dedicata al trattamento del dolore cronico Punto di Primo Intervento (PPI)
Area gestionale e funzionale	Tale area può comprendere, a seconda delle dimensioni della Casa della Salute, gli uffici amministrativi, la zona degli spogliatoi ed eventualmente sale riunioni dedicate e altri spazi, tra cui sedi di associazioni di volontariato.

Fonte: DCA n.428/2013 e ss.

Dal punto di vista organizzato la CdS è definita come «un'articolazione del distretto» in grado di erogare «l'assistenza primaria e, se presenti moduli aggiuntivi, l'assistenza intermedia». In successivi decreti attuativi (DCA n.40/2014, DCA n.380/2014 e DCA n. 414/2014) sono precisati i principi organizzativi, i requisiti e le modalità di avvio, funzionamento e valutazione delle CdS. In particolare, sono oggetto di formalizzazione i seguenti argomenti:

- ▶ la responsabilità della gestione della struttura e del suo funzionamento complessivo è assegnata al Direttore del Distretto o suo delegato (dirigente medico di distretto);
- ▶ le modalità organizzative di lavoro (improntate all'idea «di integrazione tra più professionisti» anche attraverso la costituzione di équipes multidisciplinari e multiprofessionali);
- ▶ i rapporti (e le relative modalità di raccordo funzionale) con le altre strutture e servizi sanitari, socio sanitari e sociali del territorio (MMG e PLS, farmacie pubbliche e convenzionate, poliambulatori pubblici e privati accreditati, strutture semiresidenziali e di ricovero pubbliche e private, ecc.);
- ▶ i compiti e le funzioni delle principali figure professionali presenti (dirigente medico di distretto, infermiere coordinatore, *case manager*, medici specialisti, MMG e PLS e «tutte le figure sanitarie e sociali che intervengono nel trattamento del paziente»). In particolare, i MMG e i PLS possono operare all'interno della CdS «con scelta individuale non obbligatoria» nelle forme previste dagli accordi nazionali e locali (AFT e UCCP) anche assumendo un ruolo di coordinamento;
- ▶ il procedimento (e la relativa documentazione) per la presentazione della domanda di istituzione a cura delle direzioni generali delle aziende a fronte della quale la regione si impegna, previa valutazione di congruità, a finanziare eventuali interventi di natura edilizia o tecnologica.
- ▶ il regolamento che deve disciplinare: (a) accesso, (b) percorsi assistenziali, (c) gestione delle piccole urgenze, (d) équipes multiprofessionale e disciplinare, (e) modalità di funzionamento interno, (f) modalità di relazione con gli altri nodi della rete, (g) personale e risorse anche in condivisione con altri servizi o enti, (h) audit e formazione, (i) integrazione con il volontariato e la mutualità ove presente.

Coerentemente all'impostazione regionale, che lega strettamente «la creazione di una rete di CdS» alla possibilità di realizzare «un'efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al PS e i ricoveri ripetuti in ospedale», gli indicatori di valutazione previsti dal livello regionale misurano:

- ▶ il tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di due o più giornate) attribuiti a DRG ad alto rischio di in appropriatezza;

- ▶ i tassi evitabili di ricovero ordinario per alcune condizioni/patologie evitabili per fasce di età (diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica dell'anziano, BPCO);
- ▶ il numero di prestazioni ambulatoriali specialistiche effettuate dalla CdS rispetto alla popolazione residente.

Le CdS in questo momento funzionanti in Regione Lazio sono dieci (Zagarolo, Atina, Ladispoli, Ostia, Pontecorvo, Sezze, Magliano Sabina, Prati, Rocca Priora e Tenuta di Torrenova) e, tra queste, il gruppo di ricerca ha scelto di analizzare due realtà molto diverse per dimensioni e contesto di realizzazione. La prima, quella di Magliano Sabina della ASL di Rieti, rappresenta un'esperienza avanzata di sperimentazione dei PDTA in un piccolo comune periferico; la seconda, quella di Ostia della ASL di Roma 3, colloca in un contesto urbano decisamente più grande le potenzialità di «specializzazione» dei luoghi di erogazione delle prestazioni.

14.5.1 La Casa della Salute di Magliano Sabina della ASL di Rieti

L'ASL di Rieti ha un territorio di riferimento abbastanza vasto (26.000 kmq) che ricomprende 73 comuni con una popolazione residente di poco più di 156 mila abitanti. L'azienda è articolata in due distretti: il primo, quello con sede a Rieti (in cui è situato l'ospedale principale unificato con quello di Amatrice «di zona particolarmente disagiata»), è il più esteso territorialmente e montuoso; il secondo, con sede nel comune di Poggio Mirteto, ha una densità abitativa quasi doppia rispetto al primo (87,2 abitanti/kmq).

La CdS di Magliano Sabina (la quinta inaugurata in Regione Lazio e in questo momento l'unica in questa azienda) rappresenta il riferimento sanitario territoriale per i cittadini che abitano nell'ambito del secondo distretto (Salario-Mirtense) in cui risiedono 60.471 abitanti. Confina con l'Umbria (provincia di Terni) e con i distretti delle ASL laziali di Viterbo e Roma. L'altitudine media del territorio di questo distretto è più bassa di quella del distretto di Rieti, ma la diversa situazione geo-morfologica non rende migliore la viabilità interna, di collegamento tra i comuni (quelli più vicini alla CdS, presentano una distanza media di circa 20 chilometri e quelli più distanti di circa 36 chilometri).

Le origini e la struttura

La CdS di Magliano Sabina nasce nell'ambito del processo di riconversione dell'Ospedale di Magliano che, in una prima fase, secondo quanto previsto nei programmi operativi e nel DCA n.80/2012, è stato trasformato in CeCAD e, in una seconda fase, a seguito delle più recenti disposizioni regionali (DCA n. 40/2014), ha visto ridefinita e perfezionata la sua identità in Casa della Salute (Box. 14.2).

La realizzazione della nuova struttura è prevista nel primo Atto aziendale della nuova direzione generale (2013-15) che la identifica come «elemento centrale della strategia di potenziamento dell'assistenza territoriale», intesa come «l'insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e minore gravità, delle malattie e disabilità ad andamento cronico». Nel disegno progettuale di questa azienda, la CdS «non si esaurisce all'interno delle mura fisiche, ma si estende in uno spazio geografico che coincide con l'ambito distrettuale di riferimento» e comprende gli ambulatori dei MMG e dei PLS. Alla CdS la direzione aziendale assegna i seguenti obiettivi:

- ▶ migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari e socio sanitari, la continuità delle cure e la qualità e sicurezza dell'assistenza;
- ▶ sviluppare sinergie e supportare una forte integrazione verticale (tra assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza di alta specializzazione) e orizzontale (nell'ambito delle discipline coinvolte nei PDTA);
- ▶ rafforzare il collegamento della rete dell'emergenza urgenza;
- ▶ sviluppare progetti di promozione della salute basati sulla stratificazione del rischio della popolazione.

L'edificio che ospita la CdS, in precedenza sede di uno stabilimento ospedaliero, è sviluppato su tre piani (oltre a un piano interrato e uno seminterrato) ed è

Box 14.3 Il percorso di riconversione della CdS di Magliano Sabina

Il percorso di riconversione della struttura di Magliano Sabina (da CeCAD a CdS) inizia nel mese di maggio 2014, a cura della stessa direzione aziendale, con l'istituzione di un «gruppo aziendale di pilotaggio» finalizzato alla: (i) definizione e condivisione del modello clinico-assistenziale e organizzativo; (ii) individuazione e predisposizione delle precondizioni strutturali e organizzative; (iii) condivisione delle priorità e definizione del cronoprogramma.

In accordo con l'idea di «partecipazione comunitaria», i contenuti del progetto sono stati presentati e condivisi con l'amministrazione locale di Magliano Sabina, di Poggio Mirteto (Comune «capo Distretto»), con la Comunità montana e nell'ambito della Conferenza dei Sindaci. La direzione aziendale ha inoltre coinvolto i Medici di Medicina Generale, le organizzazioni sindacali dei MMG e degli specialisti ambulatoriali, le Associazioni di volontariato e il personale dell'azienda interessato al funzionamento della nuova struttura. A seguire, nei mesi di settembre e ottobre, è stato realizzato un piano di formazione degli operatori, definito l'accordo con i MMG e con l'amministrazione locale di Magliano Sabina per l'attivazione del PUA.

Per la riconversione della struttura sono stati necessari lavori di ristrutturazione e riqualificazione di alcune aree (quella dedicata all'accoglienza e quelle dedicate agli ambulatori e alle cure primarie) e di adeguamento delle infrastrutture informatiche per attivare il sistema di gestione della cartella clinica ambulatoriale. Il progetto è stato sottoposto all'approvazione della regione che ha concesso in favore della ASL di Rieti un finanziamento di € 450.000 (deliberazione n. 289 del 27/05/2014). Nel mese di ottobre sono terminati i lavori di ristrutturazione e la direzione aziendale ha avviato il processo di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento. A dicembre 2014 è stata inaugurata la nuova struttura.

dotato di un ampio parcheggio. La struttura, ora connotata secondo i parametri e gli standard previsti dalla regione (colori, loghi, cartellonistica, ecc.), dispone di ampi spazi non ancora utilizzati (tra cui anche sale attrezzate per attività chirurgica), per i quali sono previste nuove realizzazioni.

Organizzazione

Nell'Atto Aziendale dell'ASL di Rieti (2013-15) la CdS è identificata come una funzione all'interno della UOC di Cure Primarie unica aziendale. In questo momento la responsabilità della gestione è assegnata al direttore del distretto di afferenza ma, in prospettiva, è previsto che sia assegnata alla UOC di Cure Primarie. Nell'assetto organizzativo aziendale in divenire, infatti, il Distretto rappresenterà «l'articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale e il luogo di formulazione della committenza», mentre la UOC di Cure Primarie sarà responsabile «della gestione dei fattori produttivi per la produzione di beni e servizi».

Tale modifica di ruolo prevede che il direttore della UOC di cure primarie abbia la responsabilità di «gestire una rete integrata di servizi che vede nella CdS il suo punto di riferimento fondamentale per garantire al cittadino una risposta esauriente alle diverse esigenze assistenziali, sanitarie e sociali, con particolare riferimento ai percorsi per le patologie croniche». Il direttore della UOC è responsabile «della razionalizzazione e dello sviluppo dei percorsi assistenziali» e risponde del proprio operato alla direzione sanitaria aziendale che, stante la strategicità del progetto, segue anche direttamente lo sviluppo del modello di CdS.

Le specifiche modalità operative di funzionamento della CdS sono definite nel programma attuativo e nel relativo regolamento. Si segnalano, come aspetti caratterizzanti dell'esperienza in corso di sviluppo: a) la modalità di lavoro in team con presenza di una équipe multi professionale, di assistenza primaria, formata da MMG, infermieri, assistenti sociali, medici specialisti; b) l'introduzione della funzione di *case management*; c) lo sviluppo di percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale (PDTA); d) l'avvio di esperienze di medicina d'iniziativa mirate a evitare (o rinviare) nel tempo la progressione della malattia; e) l'attività di governo clinico con il ricorso alle metodologie di audit dei processi; f) la gestione del rischio clinico con lo sviluppo di una rete di «facilitatori»; g) il coinvolgimento delle associazioni comunitarie e del volontariato.

Come rileva la direzione sanitaria, l'essenza del nuovo modello è rappresentata dal «superamento dell'approccio reattivo, basato sul paradigma dell'attesa dell'evento, tipico delle malattie acute, a un approccio proattivo, improntato al paradigma della medicina d'iniziativa, favorendo modalità di presa in carico e di rinforzo della *compliance* alle cure più adeguate alla gestione delle patologie croniche».

Attività, servizi e professionisti

In coerenza con quanto stabilito dal DCA n. 40/2014, la CdS di Magliano Sabina prevede moduli funzionali di base e aggiuntivi erogati attraverso il coinvolgimento e l'integrazione di diverse professionalità quali, in particolare, MMG, infermieri, medici specialisti (a contratto SUMAI e dipendenti), personale amministrativo e volontari (Box 14.4).

Rispetto alla formula modulare prevista dalle linee guida regionali, l'offerta della CdS di Magliano Sabina è «arricchita» dalla possibilità data ai cittadini di poter effettuare gli *screening* oncologici previsti nei LEA e di usufruire di prestazioni odontoiatriche presso un ambulatorio dedicato ai pazienti fragili in condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria.

La CdS si propone, infine, come sede privilegiata per lo sviluppo di programmi partecipati di promozione della salute, per generare *empowerment* nella comunità e favorire lo sviluppo di conoscenze e competenze in merito alla prevenzione e gestione delle malattie cronico degenerative.

Box 14.4 **Moduli funzionali di base e aggiuntivi nella CdS di Magliano Sabina**

La CdS di Magliano Sabina prevede moduli funzionali base e aggiuntivi. Nei moduli base rientrano:

- l'assistenza primaria garantita dai MMG del distretto organizzati in 5 Unità Cure Primarie (UCP) con la copertura dell'assistenza territoriale per 24 ore (mediante l'accessibilità alle cure primarie per 12 ore e il servizio di continuità assistenziale nelle giornate di sabato, domenica e festivi). I medici, pur mantenendo il proprio ambulatorio dislocato sul territorio, possono svolgere volontariamente presso la CdS turni aggiuntivi anche attraverso forme di integrazione con il PPI presente nella struttura. La soluzione organizzativa per la gestione dei pazienti affetti da patologia cronica individua due differenti modalità di coinvolgimento dei MMG: la prima, riguarda l'arruolamento e presa in carico dei pazienti; la seconda, prevede il monitoraggio e la promozione di audit clinici. L'ambulatorio di assistenza primaria è aperto 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 14.00.
- l'offerta di discipline specialistiche (cardiologia, chirurgia generale, dermatologia, diabetologia, gastroenterologia, medicina dello sport, medicina fisica e riabilitativa, ginecologia, neurologia, oculistica, ortopedia, ORL, nefrologia, pneumologia e urologia) e di diagnostica strumentale di base (radiologia tradizionale, TAC, ecografie, mammografie). L'attività specialistica è erogata da medici specialisti a contratto SUMAI e da medici dipendenti. Nella struttura è, inoltre, presente l'attività di chirurgia ambulatoriale per il trattamento della cataratta, il servizio di fisiochinesiterapia e, in prospettiva, altre attività di Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali complesse (APA). Sono inseriti nella struttura il consultorio familiare, il consultorio pediatrico e i servizi di neuropsichiatria infantile e di salute mentale;
- l'ambulatorio infermieristico che prevede una configurazione tradizionale dedicata a prestazioni di base (prelievo di sangue capillare e venoso, medicazioni di ferite e ulcere, rimozione di punti, medicazione di ustione, rilevazione dei parametri vitali, ecc.) e una configurazione per patologia nell'ambito dei PDTA per i quali è previsto lo sviluppo di competenze specialistiche (per esempio, «piede diabetico») finalizzate al rinforzo della *compliance* alle cure, alla promozione di comportamenti virtuosi per il controllo dei fattori di rischio, di self management delle problematiche di bassa complessità. L'ambulatorio è attivo dal lunedì al sabato, dalle ore 8.00 alle 13.30;

- il servizio di accoglienza che si avvale anche di personale tecnico e volontario con funzione di supporto;
- il PUA, che assicura l'accoglienza dei pazienti e l'orientamento ai servizi, al quale i cittadini accedono attraverso un *front office* in grado di integrare funzioni di accesso e accoglienza e di fornire diverse tipologie di risposta (orientamento verso il *setting* assistenziale appropriato, risposta immediata a un bisogno semplice, risposte a necessità più complesse di presa in carico della cronicità e inserimento in percorsi di attivazione dimissioni protette, avvio di percorsi di integrazione socio sanitaria, inserimento dei pazienti affetti da malattie croniche nei PDTA aziendali o in progetti di case management, in collaborazione con l'ambulatorio infermieristico della CdS, ecc.). Il PUA si avvale di personale sanitario e assistenziale ed è «in continuità operativa» con l'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale (UVM);
- gli Sportelli CUP con accesso facilitato dall'esterno, aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 7.40 alle ore 13.00 e dalle ore 14.30 alle ore 17.00 ed il sabato dalle ore 7.40 alle 13.00;
- l'UVM per l'accesso a quelle prestazioni che si configurano come risposte a bisogni complessi (dimissioni protette, assistenza domiciliare integrata, progetti residenziali in RSA, progetti ambulatoriali e residenziali di tipo riabilitativo, ingresso all'hospice). L'UVM è costituita dal MMG, dal medico del CAD, dai vari specialisti e dai medici di organizzazione, dagli specialisti e si integra, di volta in volta, con l'infermiere o il fisioterapista;
- l'area del volontariato e della mutualità con una saletta dedicata alle associazioni locali con cui la CdS ha avviato una serie di collaborazioni per lo sviluppo di programmi di promozione della salute e di supporto all'operatività legata alla gestione dei pazienti cronici come, in particolare, la collaborazione con il PUA nell'accoglienza e accompagnamento a visite mediche ed esami, la consegna dei farmaci a domicilio o per favorire l'umanizzazione dell'assistenza.

I moduli aggiuntivi attivati sono:

- l'area delle cure intermedie a elevata intensità assistenziale infermieristica (degenza infermieristica con 15 posti letto) dedicata a trattare persone affette da patologie cronico degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia, e che non possono, per motivi sia di natura clinica sia sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio, con l'obiettivo di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione inappropriata. La degenza infermieristica valorizza il ruolo del MMG, che è il punto di riferimento per il paziente, e quello del personale infermieristico, che è responsabile dell'erogazione di quel complesso di cure finalizzato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali e, in particolare, al ripristino dell'autosufficienza. La tipologia di assistenza erogata dalla degenza infermieristica possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA). A differenza dell'analogo modulo in ospedale essa è organizzata, nella visione della direzione sanitaria aziendale, per rispondere all'esigenza di «prevenire il ricovero piuttosto che favorire le dimissioni»;
- l'assistenza farmaceutica con distribuzione diretta di farmaci e presidi ai pazienti esterni e anche per le patologie rare e per la fibrosi cistica;
- il Punto di Primo Intervento (PPI), aperto 24 ore, che rappresenta la risposta per la gestione delle urgenze «soggettive», secondo un elenco dettagliato, che possono trovare adeguata risposta nell'ambito delle cure primarie. Le prestazioni effettuate sono erogate gratuitamente. La gestione è affidata ai MMG che effettuano turni attivi giornalieri di 24 ore.
- il servizio dialisi con 10 posti letto (aperto dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00 e di pomeriggio dalle ore 13.30 alle ore 17.30) per 26 pazienti in trattamento;
- una postazione del 118 con ambulanza a Magliano aperta 24 ore con infermiere e autista.

La risposta ai bisogni e i target

Il bacino teorico di riferimento della CdS è quello dei pazienti dei MMG del distretto (28.203 assistiti). Per ora gli MMG coinvolti nel funzionamento della struttura sono quelli più motivati e che operano nel comune di Magliano.

I target di utenza sono principalmente due: i pazienti cronici presi in carico nei percorsi (e «reclutati» dai MMG) e i pazienti che accedono alle attività «prezazionali». I pazienti inseriti nei percorsi provengono dal comune sede della CdS e, rispetto a questi, gli indicatori rilevano un ottimo livello di adesione, *compliance* e soddisfazione. La direzione aziendale vorrebbe rendere accessibile questa soluzione erogativa «integrata» anche agli utenti di altri comuni del distretto e sta approfondendo la possibilità di predisporre soluzioni di trasporto per i pazienti dei comuni più distanti. Considerata la particolare situazione geografica, la difficile viabilità, la numerosità dei comuni e la distribuzione degli ambulatori dei MMG, la direzione aziendale ha inoltre in progetto la creazione di due «sedi satellite» della CdS (di assistenza primaria) nei Comuni Poggio Mirteto e di Passo Corese (che hanno quasi 6.000 abitanti), allo scopo di garantire equità di accesso per i cittadini e valorizzare il progetto nell'ambito dell'intero distretto. Le «altre attività ambulatoriali» della CdS attirano circa 100 utenti al giorno provenienti principalmente dal distretto di afferenza, ma anche da altri territori. Nei «reclami» sono segnalate alcune inefficienze legate essenzialmente alla presenza «non sempre garantita come da programmazione» dei medici specialisti.

Per la direzione sanitaria la funzione della CdS è innanzitutto quella della «presa in carico della cronicità». In questa prospettiva, la CdS di Magliano è ben posizionata rispetto agli indicatori previsti dal livello regionale (riduzione dei ricoveri impropri, consumo di farmaci e riduzione delle complicanze legate alla patologie croniche) con alcuni spazi di miglioramento, in particolare, nell'uso dei farmaci. Inoltre, nella considerazione del direttore sanitario, i MMG «stanno capendo che il modello isolato non funziona più, che le cure primarie devono avere un luogo fisico e la creazione di un modello integrato di risposta alle cronicità che trova sede nella CdS sta aiutando, anche se il numero di pazienti coinvolti nei percorsi non è elevato ...».

Altri «indicatori di successo» della funzionalità della CdS (come emerge nelle interviste al direttore della struttura e alla direzione sanitaria aziendale) sono identificati nell'elevata attenzione della comunità locale e nella «frequentazione» del luogo che, sebbene sia legata alla presenza dell'offerta specialistica, consente la conoscenza e la diffusione del nuovo modello e di coinvolgere i cittadini «più giovani» per creare, in prospettiva, «una cultura della salute».

L'ASL di Rieti ha previsto nell'Atto aziendale (2013-15) la realizzazione di una seconda CdS presso il Poliambulatorio di Rieti che rappresenterà, fuori dall'ospedale, la sede di realizzazione dei percorsi per le patologie croniche.

14.5.2 La Casa della Salute di OSTIA della ASL di Roma 3

La ASL di Roma 3 si estende su un territorio di 570 chilometri quadrati che comprende tre municipi romani e il comune di Fiumicino con una popolazione di 600.000 abitanti. Attualmente è suddivisa in quattro distretti socio sanitari dove trovano sede numerosi luoghi di erogazione (78 di proprietà dell'azienda) e un ospedale con 270 posti letto collegato, nel modello *hub & spoke*, con l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.

La CdS è situata nel comune di Ostia (circa 250.000 abitanti) dove ha anche sede l'ospedale dell'azienda.

Le origini e la struttura

La CdS di Ostia, analogamente a quella di Magliano Sabina, è originata dal processo di riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera avviato in Regione Lazio. Le due esperienze, sebbene condividano lo stesso quadro normativo di riferimento, mostrano inevitabili differenze dovute ai contesti di realizzazione (alle diverse condizioni geografiche, alla presenza di altri ospedali e strutture in prossimità e al diverso bacino di utenza), ma anche a specifiche scelte progettuali e strategiche dell'azienda. Nello specifico della ASL di Roma 3, la CdS rappresenta un luogo «specializzato» della rete territoriale destinato unicamente «alla presa in carico e al trattamento delle persone affette da patologie croniche attraverso percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali condivisi». Si tratta di una soluzione peculiare di questa realtà aziendale che coglie l'opportunità offerta dalla disponibilità di due diverse strutture per distinguere nettamente il luogo fisico e organizzativo «casa della salute» non solo dall'ospedale di Ostia, ma anche dagli altri luoghi dell'assistenza territoriale presenti nel Comune e, *in primis*, dal «poliambulatorio». L'idea di separazione dei diversi luoghi, nonché dei *setting* assistenziali e dei target di utenti ad essi correlati, espressione della vision strategica della direzione generale, ha guidato le principali scelte progettuali, dalla identificazione della struttura più idonea da riconfigurare in CdS fino alla ricollocazione di funzioni, servizi e personale nelle due diverse sedi disponibili. Per quanto riguarda la scelta delle strutture, in particolare, l'edificio inizialmente destinato a ospitare la nuova CdS (ex INPS), è stato trasformato in poliambulatorio e l'ex piccolo ospedale di Ostia (già riconvertito in poliambulatorio) è stato identificato quale struttura più idonea a ospitare la CdS. Sulla scelta ha influito la disponibilità di spazi e locali ma, soprattutto, la migliore accessibilità garantita dalla presenza di un parcheggio e dalla localizzazione.

Nel maggio del 2015 sono state inaugurate le due nuove strutture sanitarie: il poliambulatorio, attrezzato per i pazienti «che necessitano di prestazioni puntuali *una tantum*» (ovvero quegli utenti occasionali «sani» che si rivolgono ai servizi sanitari saltuariamente e per eventi che si risolvono con la prestazione erogata) e la CdS, concepita e realizzata quale spazio per i pazienti cronici, che

offre «un unico luogo ove in tempi predefiniti possono trovare l'erogazione completa dei PDTA».

Organizzazione

Nell'ASL di Roma 3 la CdS è un'articolazione organizzativa semplice del Distretto di Ostia, struttura complessa afferente al Dipartimento aziendale «Cure primarie e integrazione socio sanitaria». Per la CdS, come per altri presidi territoriali dell'azienda, è preposto un dirigente medico con incarico professionale finalizzato ad assicurare la buona organizzazione e il regolare funzionamento di tutte le attività.

Il direttore del distretto è responsabile della struttura e del suo funzionamento complessivo e cura, in collaborazione con il Coordinatore dei MMG e il Dirigente Infermieristico di Distretto, l'applicazione del regolamento interno sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura. Il Coordinatore dei MMG, in particolare, è responsabile dello svolgimento delle attività di assistenza primaria con particolare riferimento alla creazione e gestione di percorsi assistenziali legati alla cronicità (PDTA).

Attività, servizi e professionisti

Nella CdS sono previsti i moduli base di area pubblica della configurazione regionale (PUA, Postazione CUP e Postazione accoglienza/informazione) e quelli dell'assistenza primaria. Per quanto riguarda questi ultimi, l'offerta contempla:

- ▶ gli ambulatori di medicina generale nei quali i MMG svolgono la loro attività funzionale alla presa in carico dei PDTA e di patologie puntuali leggere come, per esempio, i codici bianchi,
- ▶ gli ambulatori specialistici funzionali ai PDTA (cardiologia, diabetologia, pneumologia, oculistica, neurologia, angiologia, otorinolaringoiatria e chirurgia generale);
- ▶ l'ambulatorio infermieristico;
- ▶ la postazione del medico di continuità assistenziale, con servizio dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e dalle ore 10.00 alle 24.00 dei giorni prefestivi, h24 nei giorni festivi.

L'edificio è suddiviso in tre piani: il primo piano è dedicato ai MMG; il secondo ai percorsi BPCO e SC e il terzo piano al percorso del diabete.

Nella CdS trova anche sede la «casa della donna e del bambino» situata in una parte separata dell'edificio.

Nel disegno progettuale, infine, è prevista l'area del volontariato e della mutualità che «andrà ad affiancare il PUA, portando il proprio contributo di esperienza, di professionalità e di etica pubblica».

I professionisti attualmente presenti nella CdS sono quelli necessari all'eroga-

zione dei differenti PDTA attivati. Oltre ai MMG e agli infermieri ci sono quindi cardiologi, diabetologi, oculisti, pneumologi e dietologi. Il metodo di lavoro è multidisciplinare, ossia le decisioni sul paziente sono prese insieme dal team coinvolto nel PDTA.

La risposta ai bisogni e i target

Il lavoro svolto nel distretto di Ostia ha portato alla costituzione dei PDTA per BPCO, SC, Diabete e Anziano fragile. Per ognuno di questi PDTA sono state identificate classi di gravità e declinati percorsi condivisi con tutti gli operatori dell'azienda attraverso una *consensus conference*.

Nel luglio 2015 è iniziata, in via sperimentale, l'erogazione del percorso per la BPCO presso la CdS di Ostia. A questo primo percorso, hanno aderito volontariamente 15 MMG (sui complessivi 154 presenti nel distretto) e sono stati reclutati 47 pazienti che, a dicembre 2015, erano tutti in linea con quanto previsto dal percorso. Inoltre, è prevista l'erogazione del percorso diabete e, a seguire, dello scompenso cardiaco. L'estensione operativa a queste altre due patologie croniche è stata condizionata dalla realizzazione di un sistema informativo adeguato a gestire sia la fase di prenotazione sia quella successiva di monitoraggio. Per quanto riguarda il percorso dedicato all'anziano fragile, la direzione aziendale ha ritenuto opportuno avviare una nuova riflessione sui criteri di eleggibilità, considerando che «una prima stima dei potenziali utenti porterebbe a oltre 6.000 persone, valutata insostenibile con le attuali disponibilità economiche».

Infine, il direttore sanitario osserva che «l'esperienza è positiva sulla base degli indicatori di processo, mentre per i dati di esito (riduzione delle complicanze delle malattie e dei ricoveri inappropriati) occorrerà attendere un periodo più lungo di sperimentazione». I punti di forza – come messi in evidenza dallo stesso direttore sanitario che è stato responsabile dell'implementazione – sono identificati nei seguenti:

- ▶ garanzia della erogazione di un percorso di presa in carico completo e appropriato per singolo paziente con modalità proattiva e multidisciplinare, finalizzata alla riduzione degli abbandoni e dei trattamenti sottosoglia con riduzione dei trattamenti inappropriati e conseguente riduzione dei costi;
- ▶ razionalizzazione della presa in carico delle patologie croniche, standardizzazione del percorso di cura, identificazione degli step assistenziali compresi i tempi di erogazione;
- ▶ monitoraggio attivo della compliance del paziente sia per la parte del *follow-up* clinico che della adesione al piano di cura;
- ▶ estensione alla didattica e alla supervisione (università) con garanzia della erogazioni di un percorso completo;
- ▶ responsabilizzazione e coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura (paziente esperto).

14.6 I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) in Regione Puglia

La Regione Puglia ha da alcuni anni avviato la riorganizzazione dell'assistenza territoriale puntando sui nuovi Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), nati dalla riconversione dei presidi ospedalieri dismessi tra il 2010 e il 2013 per effetto del riordino della rete imposto dal Piano di Rientro dal deficit sanitario 2010-2012.

Nel disegno regionale i PTA sono «la risposta sistematica alla riconversione delle strutture ospedaliere» e dovrebbero contribuire alla «rifunionalizzazione» dell'offerta territoriale attraverso «[...] la concentrazione di molti servizi distrettuali, sia per la diagnostica specialistica che per le cure ambulatoriali, allo scopo di realizzare una copertura assistenziale nell'arco delle 12 e delle 24 ore».

La rete ospedaliera su cui si è intervenuti contava (nel 2010) 102 stabilimenti ospedalieri, uno ogni 2,5 comuni, molti dei quali con un numero limitato di posti letto. Il 50% dei ricoveri era effettuato in soli 12 ospedali e l'offerta assistenziale era concentrata prevalentemente nelle strutture ospedaliere, con elevati tassi di ricovero per DRG «ad alto rischio di in appropriatezza». Per contrastare tali fenomeni, la regione è quindi intervenuta sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (trasformazione dei ricoveri in *setting* più appropriati a minore consumo di risorse) e sulla riarticolazione dell'offerta ospedaliera (dotazione posti letto, distribuzione per disciplina, articolazione unità operative), integrando la stessa «secondo l'ottica del continuum dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)».

L'attuazione del programma di riordino della rete ospedaliera ha quindi previsto la disattivazione di numerosi stabilimenti ospedalieri, alcuni accorpamenti e disattivazioni di singole UU.OO. all'interno di ospedali, la riconversione di ospedali in strutture sanitarie territoriali e la definizione di un piano d'investimenti pluriennale a valere su fondi UE (FESR), fondi nazionali (FSC e Art. 20 l. n. 67/1988) e fondi regionali (bilancio autonomo). Con riferimento specifico al Piano di investimenti regionale per le strutture sanitarie territoriali (che definisce le scelte strategiche della Regione Puglia per il periodo che guarda al ciclo 2014-2020), la programmazione ha favorito prioritariamente la riconversione e il riutilizzo del patrimonio edilizio esistente.

Come precisato nei Regolamenti Regionali (RR) che si sono succeduti (RR n.18/2010, RR n. 36/2012 e, nel più recente, RR n.14/2015), i PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di riconversione, originano dall'accorpamento dei servizi territoriali e, di norma, sono situati nel Comune, sede del Distretto Socio Sanitario (DSS), e non servito da un Presidio Ospedaliero. Essi dovrebbero rappresentare, come emerge dai documenti programmatici più recenti, il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali «che mira a integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta e i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale». I PTA sono quindi, nella nuova fase progettuale della Regione, il punto di partenza dell'integrazione tra le di-

verse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire i seguenti macro obiettivi prioritari:

- ▶ la massima efficienza erogativa (h24);
- ▶ la migliore efficacia, attraverso la «messa in comune» delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- ▶ la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- ▶ la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

All'interno del PTA possono essere svolte, in ragione dello specifico contesto di offerta di servizi e di fabbisogno, diverse funzioni. Quelle previste dal livello regionale e assegnate (sempre dal livello regionale) alle nuove strutture riconvertite prevedono sia funzioni di «Degenza Territoriale» sia un'ampia gamma di «Servizi Sanitari e Socio Sanitari» (Tab. 14.3).

Tutti gli attuali PTA previsti nella programmazione regionale ospitano le «degenze territoriali». Tra queste rientrano sia l'ospedale di comunità (definito come «una struttura sanitaria con un numero limitato di posti letto di degenza territoriale di norma non superiore a 20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è garantita nelle 24 ore da MMG, PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN») sia le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) di tipologia R1 che erogano prestazioni a pazienti gravemente non autosufficienti (stati vegetativi o coma prolungato, con gravi insufficienze respiratorie, affetti da malattie neurodegenerative progressive, ecc.) richiedenti «trattamenti intensivi a elevata integrazione sanitaria essenziali per il supporto alle funzioni vitali».

Nei «Servizi Sanitari e Socio Sanitari» sono incluse: le funzioni di Accesso Unico alle cure, l'attività amministrativa, l'attività medica di base e specialistica ambulatoriale (in cui rientrano anche le forme di associazionismo complesso dei MMG e PLS e le Cure Domiciliari Integrate), l'assistenza consultoriale e materno infantile, l'Emergenza-Urgenza (con il Punto di Primo Intervento Territoriale e la Postazione 118), la prevenzione, la salute mentale, le dipendenze patologiche (Ser.T), la riabilitazione e alcuni servizi a gestione ospedaliera (es. posti rene).

Nella Regione Puglia sono funzionanti 27 PTA, a diversi stadi di evoluzione, e ulteriori 4 sono previsti nella programmazione regionale⁷. Il gruppo di ricerca

⁷ ASL FG (Torremaggiore, San Marco in Lamis, Monte Sant'Angelo, Vico del Gargano, Sannicandro Garganico e Troia/Accadia); ASL BT (Minervino Murge, Spinazzola e, in previsione, Trani); ASL BA (Rutigliano, Altamura, Gravina di Puglia, Bitonto, Ruvo di Puglia, Gioia del Colle, Noci, Grumo Appula e Conversano); ASL Brindisi (Mesagne, Ceglie Messapica, Cisternino e, in previsione, Fasano e San Pietro Vernotico); ASL Taranto (Massafra e Mottola); ASL Lecce (Campi Salentina, Nardò, Poggiardo, Maglie, Gagliano del Capo e, in previsione, Martano).

Tabella 14.3 **Le funzioni previste nei PTA della Regione Puglia**

Degenza Territoriale	Ospedale di comunità
	Centro risvegli
	Assistenza Residenziale
	Hospice
Servizi Sanitari e Socio Sanitari	Accesso Unico alle cure: <ul style="list-style-type: none"> • CUP; • Accesso Unico Facilitato al Sistema; • Gestione e presa in carico delle cosiddette «dimissioni protette» e raccordo con l'UVM distrettuale.
	Attività Amministrativa: <ul style="list-style-type: none"> – Scelta e revoca del Medico – Esenzioni ticket – Rimborsi – Ausili, presidi e protesi – Assistenza Integrativa Farmaceutica
	Attività Medica di base e Specialistica Ambulatoriale: <ul style="list-style-type: none"> • Associazionismo complesso dei MMG e PLS • Continuità assistenziale • Cure Domiciliari Integrate (CDI) • Assistenza Farmaceutica Territoriale • Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008) <ul style="list-style-type: none"> – Day service medico – Day service chirurgico – Ambulatorio delle cronicità • Diagnostica di base <ul style="list-style-type: none"> – Radiodiagnostica – Centro Prelievi
	Assistenza Consultoriale e Materno Infantile: <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio Familiare • Procreazione Medicalmente Assistita
	Emergenza-Urgenza: <ul style="list-style-type: none"> • Punto di primo Intervento Territoriale • Postazione 118
	Prevenzione: <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazioni; • Medicina legale e fiscale
	Salute Mentale: <ul style="list-style-type: none"> • Centro Salute Mentale • Centro diurno psichiatrico • Centro residenziale/semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)
	Dipendenze Patologiche: <ul style="list-style-type: none"> • Ser.T.
	Riabilitazione: <ul style="list-style-type: none"> • Centro riabilitazione ambulatoriale • Trattamenti domiciliari
	Servizi a gestione ospedaliera: <ul style="list-style-type: none"> • Posti rene

Fonte: Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 – Patto per la Salute 2014-2016

ha quindi scelto di approfondire il caso della ASL di BT in cui coesistono due diverse progettualità: il PTA di Spinazzola (già funzionante) e quello di Trani (in corso di realizzazione).

14.6.1 Il PTA di Spinazzola e la riconfigurazione dello stabilimento ospedaliero di Trani della ASL di BT

L'ASL BT è articolata in 5 Distretti Socio Sanitari: il DSS BT 1 a cui afferiscono i Comuni di Margherita di Savoia, San Ferdinando di Puglia e Trinitapoli; il DSS BT 2 che comprende il solo Comune di Andria; il DSS BT 3 a cui afferiscono i Comuni di Canosa di Puglia, Minervino Murge e Spinazzola; il DSS BT 4 con il Comune di Barletta e, infine, il DSS BT 5 con i Comuni di Trani e Bisceglie.

Il PTA di Spinazzola (il primo oggetto di analisi) è situato in un piccolo Comune di circa 6.000 abitanti mentre il secondo (in corso di realizzazione) ha sede a Trani.

Le origini e le strutture

Le due strutture (PTA) originano entrambe dal disegno regionale di riordino della rete ospedaliera. Il PTA di Spinazzola era già previsto nel piano operativo 2013-15, mentre il progetto di realizzazione del nuovo PTA di Trani nasce a seguito del più recente piano di riordino della rete ospedaliera in linea con le nuove normative nazionali (Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge di Stabilità 2016).

Per quanto riguarda il territorio delle città di Bisceglie e Trani (del DSS BT 5), l'ultimo ridisegno della rete regionale – in ospedali di II livello (Hub), ospedali di I livello (Spoke) e ospedali di base – prevede il mantenimento di un ospedale di base nel comune di Bisceglie e il superamento del presidio ospedaliero – suddiviso su due stabilimenti ospedalieri, uno per comune, a diversa vocazione medica e chirurgica – accorpando tutte le discipline e posti letto su un unico Presidio, con sede appunto nel Comune di Bisceglie, destinando, per il Comune di Trani, un'offerta sanitaria in senso «territoriale». Il DG dell'ASL BT, considerando che tale trasformazione «poteva essere vista dalla popolazione tranese come una penalizzazione o una riduzione dei LEA», ha dato particolare rilievo, nel progetto di «Reingegnerizzazione dello stabilimento ospedaliero di Trani», alla riqualificazione e potenziamento di tutti i servizi diagnostici, terapeutici e di cura e all'implementazione dei percorsi sanitari tra territorio e ospedale, finalizzati alla soluzione di specifiche problematiche della comunità quali l'accessibilità (tempi di attesa) oltre che all'integrazione delle strutture, servizi e professionisti interessati nell'erogazione di prestazioni. Nel mese di agosto 2016 è stato siglato il protocollo d'intesa tra Regione Puglia, ASL BT e Comune di Trani (Box 14.5).

Box 14.5 **Le visioni degli stakeholders sul PTA di Trani**

Nella rassegna stampa relativa all'evento (firma del protocollo d'intesa tra Regione Puglia, ASL BT e Comune di Tran) è possibile cogliere le diverse visioni e prospettive sul nuovo progetto di PTA:

- per il Direttore Generale dell'azienda «quella di Trani è una struttura pienamente operativa, già oggetto di importanti opere di riqualificazione e ristrutturazione e ora potrà essere il reale punto di riferimento dei cittadini per il 70% delle loro esigenze di assistenza, quasi mai ospedaliere. Il protocollo ci vede direttamente impegnati, non solo da un punto di vista organizzativo-gestionale, ma anche da un punto di vista economico. Il modello di assistenza a cui daremo forma con tempi brevi e cadenzati è risultato di un lavoro di collaborazione con la direzione del distretto socio-sanitario e con i tecnici del Comune di Trani»;
- per il Sindaco di Trani, il protocollo d'intesa «rappresenta l'inizio di un nuovo capitolo nella storia della nostra città. Sulle ceneri di un ospedale chiuso da troppo tempo senza valide alternative, costruiamo un sistema di salute territoriale innovativo e di eccellenza»;
- per il Presidente della Regione «un progetto da imitare e realizzare anche in altre realtà territoriali. [...] Tutte le città oggetto di riconversione ospedaliera hanno una sorta di diritto prioritario a vedere strutturati i servizi innovativi di tipo territoriale in modo tale da consentire una diagnostica rapida e una facilità di accesso a tutte le categorie dei cittadini. Trani è partita per prima e ne avrà tutti i vantaggi possibili. Il segreto di questa operazione è quello di utilizzare una struttura ancora in vita, già pienamente attiva».

Organizzazione

La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria dei PTA fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Rispetto a tale impostazione (che risponde alle indicazioni contenute nel RR), il Direttore Generale dell'ASL BT rileva che, a differenza di quanto accade per gli ospedali, nel caso dei PTA «si tratta ancora di un agglomerato di funzioni, rispetto al quale manca una figura di responsabilità, in particolare sanitaria». Per queste nuove strutture, in cui trovano sede «un insieme di servizi, operatori e tecnologie», la Regione non ha ancora disegnato uno specifico ambito di responsabilità organizzativa. Il DG auspica quindi che nel nuovo regolamento la regione colmi tale lacuna.

Attività, servizi e professionisti

Le attività ora presenti nel PTA di Spinazzola sono riconducibili a due tipologie, le «Degenze Territoriali» e i «Servizi» (Box 14.6), così come previsto nell'ultimo RR del Programma Operativo 2013-2015 (Tab. 14.3). Per quanto riguarda le degenze territoriali, in particolare, la Regione ha rivisto la programmazione e identificato la degenza territoriale (già predisposta e attrezzata con 20 posti letto) quale situazione più idonea per collocare una delle due REMS[§] regionali (per

[§] Si tratta di strutture residenziali per «l'esecuzione delle misure di sicurezza» gestite dalla sanità territoriale in collaborazione con il Ministero della Giustizia.

Box 14.6 L'offerta del PTA di Spinazzola

Per quanto riguarda i Servizi, l'offerta contempla tutte le principali funzioni previste nella configurazione regionale:

- accesso unico alle cure (CUP e PUA);
- attività di medicina di base e specialistica ambulatoriale con la continuità assistenziale, le cure domiciliari, il day service medico, il day service chirurgico, l'ambulatorio infermieristico, l'ambulatorio specialistico (di cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia, endocrinologia, ortopedia-medicina interna, geriatria-reumatologia, urologia, neurologia, odontoiatria, allergologia, ostetricia-ginecologia e chirurgia generale) e la Radiodiagnostica;
- emergenza-urgenza con il Punto di Primo Intervento (PPI) e la postazione 118;
- prevenzione (vaccinazioni e medicina legale e fiscale);
- salute mentale con il Centro Salute Mentale (CSM);
- riabilitazione (centro riabilitazione ambulatoriale e trattamenti domiciliari);
- attività amministrativa (scelta e revoca medico, esenzioni ticket, rimborsi ausili, presidi e protesi, assistenza integrativa farmaceutica).

Per quanto riguarda le degenze territoriali l'ultimo RR ha previsto l'ampliamento dei posti letto (10 pl di degenza territoriale per adulti, 4 posti rene, 20 pl di attività residenziale e 10 pl per l'hospice). Attualmente l'area della degenza territoriale ospita una delle due REMS regionali.

ora l'unica REMS della regione che ospita 20 pazienti psichiatrici provenienti dalle strutture carcerarie dismesse).

Il personale presente nella struttura è composto da infermieri, fisioterapisti e medici specialisti. I MMG non operano ancora all'interno della struttura. «Per il momento – dichiara il Direttore Generale – il compromesso è che reclutino i pazienti nei PDTA».

Il nuovo PTA di Trani, che già ospita un centro polifunzionale territoriale con 10 medici di famiglia, disporrà di servizi di emergenza urgenza e di continuità assistenziale (ex guardia medica e Servizio Continuità Assistenziale Pediatrica – SCAP – gestito dai PLS nelle sedi di pronto soccorso che, a Trani, verrà assicurato anche nel PPI territoriale), di un servizio dialisi, di un servizio di radiologia «potenziato», di un nuovo servizio di medicina di laboratorio, di ambulatori di specialistica territoriali e ospedalieri, di una farmacia territoriale e, infine, di un'area di *front office* e CUP.

Il protocollo (tra Regione, ASL e Comune) prevede anche una piastra operatoria (a valenza aziendale) per la gestione dei casi non urgenti e 10 posti letto dedicati alla realizzazione di un ospedale di comunità con un polo didattico dedicato. Tra gli altri servizi «promessi» alla comunità rientrano: la medicina prenatale e l'oncoematologia (già presenti a Trani, per i quali l'impegno della direzione generale è «mantenerli e potenziarli in un *setting* territoriale e non più ospedaliero»), la pneumotisiologia, la telemedicina e la riabilitazione specialistica pediatrica.

La risposta ai bisogni e i target

Nella considerazione della direzione generale, il PTA di Spinazzola non ha ancora un'identità pienamente compiuta. Il posizionamento nella comunità locale ha subito un brusco rallentamento a seguito dell'inserimento della REMS «che ha reso difficile la convivenza anche all'interno della stessa struttura». La direzione generale ha dovuto rivedere il proprio progetto di rilancio e comunicazione della nuova struttura. «Solo da poco tempo, superando alcune diffidenze e resistenze iniziali, la comunità locale e il personale sembrano rispondere positivamente».

Gli utenti che frequentano la struttura (la sede di Spinazzola è abbastanza isolata rispetto al resto del territorio) corrispondono sostanzialmente agli abitanti del comune oltre, ovviamente, agli «ospiti-residenti» della REMS.

Il target preferenziale di utenza, nella visione del direttore generale, è quello dei pazienti cronici. In questa prospettiva, sono di particolare interesse due recenti iniziative «di valorizzazione del territorio e della professione infermieristica» dell'azienda:

- ▶ l'istituzione degli ambulatori della cronicità a gestione infermieristica (su tutto il territorio aziendale) dedicati ai pazienti con diabete, ipertensione, scompenso cardiaco e BPCO «realizzati dopo la positiva sperimentazione del progetto Nardino e l'esperienza a livello europeo del progetto *Carewell* di cui la ASL BT è capofila e che hanno portato a risultati positivi sia in termini di numero di pazienti cronici presi in carico sia di riduzioni delle percentuali ricovero ospedaliero, della spesa farmaceutica e delle richieste di esami specialistici»;
- ▶ il recente accreditamento dei servizi di telemedicina per i pazienti cronici (Telecardiologia e Telediabetologia e Spirometrie) con la possibilità per gli infermieri «di disporre di apparecchiature per la gestione della telediabetologia e telecardiologia con refertazione *on line* installate sia negli ambulatori dei MMG sia negli ambulatori della cronicità della ASL».

14.7 Riflessioni conclusive

L'interesse che molte regioni e aziende mostrano nello sviluppo di strutture intermedie tra l'ospedale e il domicilio, genericamente riconducibili al modello delle CdS può essere attribuito a una pluralità di spinte e a motivazioni diverse, come emerge con sufficiente chiarezza dall'insieme dei casi analizzati (Tab. 14.4).

In primo luogo, in molti casi è avvertibile l'eco di una visione che, fin dalla nascita del SSN, ha sempre mirato, tramite il Distretto nelle sue varie accezioni, alla costruzione di una solida alternativa territoriale al ruolo centrale occupato dall'ospedale nel sistema e nella percezione dei cittadini. In tale visione sono distinguibili due sfumature, anch'esse tuttora avvertibili nei disegni delle regio-

Tabella 14.4 **Quadro sinottico dei casi di strutture intermedie**

	CdS di Copparo	CAP Santhià	CdS Magliano Sabina	CdS Ostia	PTA Spinazzola	PTA Trani
Disegno strategico	Dare una risposta più efficace alle necessità epidemiologiche e assistenziali della popolazione di riferimento.	Riorganizzare la rete e le strutture territoriali per garantire equità di accesso, efficacia ed efficienza.	Affermare un nuovo modello di assistenza territoriale «che non si esaurisce all'interno delle mura fisiche».	Specializzare l'offerta e l'organizzazione delle cure	Riqualificare e potenziare i servizi per la comunità locale e valorizzare le professionalità (infermieri)	Riqualificare e potenziare i servizi per la comunità locale e valorizzare le professionalità (infermieri)
Origini struttura	Struttura ospedaliera dismessa	Presidio territoriale polifunzionale	Riconversione CeCAD (già ospedale riconvertito) su domanda ASL	Riconversione struttura disponibile (ex Ospedale) su domanda ASL	Ospedale riconvertito su programmazione regionale	Ospedale riconvertito su programmazione regionale
Localizzazione	Comune di Copparo appartenente all'Unione «Terra e Fiumi» (35.650 abitanti)	Città di Santhià, centro di riferimento per altri 13 comuni dell'hinterland (circa 30.000 abitanti)	Piccolo comune periferico rispetto al distretto di afferenza	Città con 250.000 abitanti in cui sono presenti anche il Poliambulatorio e l'Ospedale dell'ASL	Piccolo comune periferico rispetto al distretto di afferenza	Città con 56.000 abitanti
Servizi, funzioni e attività:						
Informazione, accesso e servizi amministrativi	Punto informativo, PUA, Sportello unico e CUP	Accesso e amministrativa sanitaria (ufficio scelta e revoca MMG, servizio protesica) CUP	Servizio accoglienza, PUA, CUP	PUA, CUP, Postazione accoglienza/informazioni	CUP, PUA Attività amministrativa (Scelta e revoca Medico, Esenzioni ticket, Rimborsi Ausili, Presidi e Protesi, Assistenza integrativa Farmaceutica)	Front office amministrativa zione sanitaria (ufficio anagrafe, servizio protesica integrativa, ecc.) CUP, PUA
Assistenza primaria	Ambulatorio NCP, Ambulatorio infermieristico, Servizi continuità assistenziale, ADI	Ambulatorio MMG/PLS e infermieristico, ADI, Medico di continuità assistenziale	Assistenza primaria garantita da MMG Ambulatorio infermieristico	Ambulatorio MMG Ambulatorio infermieristico Postazione del medico di continuità assistenziale	Continuità assistenziale Cure domiciliari Ambulatorio infermieristico	Ambulatorio MMG, Continuità assistenziale, ambulatorio continuità assistenziale pediatrica, cure domiciliari

Tabella 14.4 (segue)

	CdS di Copparo	CAP Santhià	CdS Magliano Sabina	CdS Ostia	PTA Spinazzola	PTA Trani
Offerta specialistica	Prestazioni cliniche e di diagnostica di base	Poliambulatorio specialistico e diagnostico (radiologia, punto prelievi)	Offerta di discipline specialistiche e diagnostica di base Chirurgia ambulatoriale (oculistica) Fisioterapia	Ambulatori specialistici del PDITA	Day service medico Day service chirurgico Ambulatorio specialistico Radiodiagnostica	Servizio radiologia Laboratorio analisi Ambulatori specialistici
Prevenzione	Vaccinazioni, Screening tumorali, Attività veterinarie Certificazioni medicolegali	Educazione sanitaria e promozione stili di vita Programmi di promozione della salute Medicina d'iniziativa	Screening, Programmi di promozione della salute Medicina d'iniziativa	Prevenzione collegata ai PDITA	Vaccinazioni e Medicina Legale e Fiscale	Ufficio igiene pubblica, Ufficio vaccinazioni, Commissione invalidi e patenti speciali
Degenze territoriali	OSCO (20 pl)	-	Degenza a elevata intensità assistenziale infermieristica (15 pl) Servizio Dialisi (10 pl)	-	REMS (20 pl)	Ospedale di comunità (10/12 PL)
Integrazione socio-sanitaria	Si, assistenti sociali e PUA	Si, sportello unico socio-assistenziale	Si, continuità operativa PUA-UVM	-	Si, PUA e UVM	Si, PUA e UVM
Altri servizi/funzioni/attività	Servizio per le dipendenze, Servizio psichiatrico territoriale, Dialisi, Pediatra di comunità e salute donna	Psichiatria territoriale, Psicologia e SERD, Consultorio familiare, Recupero e riabilitazione funzionale, Centro dialisi	PPI Assistenza farmaceutica Postazione 118 con ambulanza Prestazioni odontoiatriche	Casa della donna e del bambino	PPI Postazione 118 Centro di Salute Mentale Centro riabilitazione ambulatoriale e trattamenti domiciliari	PPI/PPIT Farmacia territoriale Medicina prenatale Oncoematologia, Pneumologia, Telemedicina Riabilitazione specialistica pediatrica Polo didattico e sala convegno Day service chirurgico aziendale

Tabella 14.4 (segue)

	CdS di Copparo	CAP Santhià	CdS Magliano Sabina	CdS Ostia	PTA Spinazzola	PTA Trani
Professionalità integrate	Amministrativi, MMG, PLS, Infermieri, Specialisti, Servizi sociali	MMG, PLS, Specialisti, infermieri, amministrativi, assistenti sociali	Amministrativi, MMG, Infermieri, Specialisti (contatto SUMAI e dipendenti), Fisioterapisti, Amministrativi, Volontari	MMG, Infermieri, Specialisti (coinvolti nei percorsi)	Infermieri, Specialisti, Fisioterapisti, Amministrativi	MMG, PLS, Infermieri, Specialisti, Amministrativi
Organizzazione	Dipendenza gerarchica dal Dipartimento di Cure Primarie. Uno dei direttori dei 3 distretti committenti esercita una funzione di coordinamento delle CdS dell'AUSL di Ferrara per omogeneizzare standard di servizio e percorsi.	Piattaforma erogativa del distretto con funzioni controllate da altre UO	Centro della rete di CP (risponde al responsabile delle CP)	Luogo di erogazione dei PDTA (dipende dalle CP)	Piattaforma erogativa del distretto con funzioni controllate da altre UO	Piattaforma erogativa del distretto con funzioni controllate da altre UO
Target di utenti	Residenti dell'Unione dei Comuni (pazienti nei percorsi e occasionali)	Popolazione residente a Santhià e nei comuni limitrofi, con attenzione alle condizioni di fragilità attraverso l'integrazione socio-sanitaria	Assistiti dei MMG del distretto (pazienti occasionali e cronici)	Pazienti cronici (inseriti nei PDTA)	Residenti del comune (pazienti cronici e occasionali)	Residenti nel distretto (pazienti cronici e occasionali)
Adattamenti e soluzioni peculiari			Creazione di sedi satellite nel distretto e medicina d'iniziativa	Specializzazione dei luoghi di erogazione (poliambulatorio e CdS)	Convivenza con REMS (residenza esecuzione misure di sicurezza)	Servizi di telemedicina per pazienti cronici. Ambulatori della cronicità a gestione infermieristica

ni. La prima guarda alle strutture del territorio come componente del capitale sociale e mira a tenere unita la comunità e rinsaldarne i legami attorno ai temi della salute e della sua promozione. La seconda si focalizza su caratteristiche quali l'integrazione delle cure e la presa in carico delle persone. Rispetto alla tensione originale questo secondo modo di guardare al territorio è stato, poi, notevolmente rinforzato dall'imporsi della questione della cronicità e della medicina di iniziativa.

Una spinta diversa deriva dalla necessità di guardare alla sanità anche in termini di logiche di servizio, ovvero le logiche i modelli normalmente utilizzati nei confronti dei consumatori. In questa prospettiva è sempre meno accettabile e accettato che i cittadini debbano trovare risposte ai bisogni legati alla salute in luoghi diversi e dispersi. L'idea è quella di concentrare nei nuovi presidi territoriali tutti i servizi – sanitari, ma anche amministrativi – di cui i cittadini possano avere bisogno (*one stop shop*). Se il paziente e il cittadino diventano, e devono essere considerati, come consumatori attenti agli standard di servizio, la concentrazione fisica dovrà aiutare il sistema ad assicurare, non solo «una esperienza di consumo» più agevole, senza peregrinazioni da una sede all'altra o da uno sportello all'altro, ma anche più integrata e coerente nei contenuti offerti, essendo i diversi professionisti coinvolti posti a stretto contatto l'uno con l'altro. La localizzazione delle strutture in centri commerciali o in prossimità di luoghi a forte vocazione commerciale, come è effettivamente avvenuto in alcuni casi qui non analizzati (Del Vecchio, Mallarini, Rappini, 2013), segnala in modo molto evidente come la spinta in questione possa essere presente e con quale intensità.

Da ultimo è possibile osservare come a definire molte esperienze abbia concorso la necessità di trovare una soluzione ai problemi posti dalla messa in discussione della funzione svolta da pre-esistenti strutture. La crescente, e a volte molto drastica pressione per una razionalizzazione della rete ospedaliera, ha posto spesso il problema di come non lasciare sguarnite comunità da tempo abituate alla presenza di un presidio sanitario «tangibile», i cui impatti sull'economia locale, tra l'altro, possono anche essere di un certo rilievo. Si tratta di gestire situazioni con ampi riflessi in termini di consenso e che perciò vengono prontamente raccolte, se non amplificate, sul piano politico e istituzionale. In questo caso la finalità preminente che guida il concreto processo di attivazione della struttura è quella di assicurare nel migliore modo possibile la transizione verso ciò che la collettività vive, a torto o a ragione, come un *downsizing*. Se nel processo naturalmente si generano opportunità per una migliore configurazione dei servizi, i vincoli che vengono dal passato, a partire da quelli di natura logistica o professionale, non sono da meno e possono condizionare assetti e servizi offerti.

Tensioni ideali ancorate a visioni molto definite della società e dei sistemi sanitari pubblici, tendenze di carattere più manageriale focalizzate alla semplificazione dell'accesso e al miglioramento dell'esperienza di consumo, necessità e opportunità politiche, in un terreno sul quale non sempre il consenso è legato ai

risultati e alla razionalità dei disegni, sono tutti elementi che, senza ostacolarsi reciprocamente, sono riusciti ad alimentare una spinta al cambiamento che converge sullo sviluppo delle nuove strutture. Ma che cosa esse esattamente siano è, come si è già detto all'inizio del presente capitolo, difficile dire. I casi analizzati mostrano «perimetri del possibile» particolarmente ampi in termini di: *target* di utenza (cronici, occasionali) e gradi di specializzazione, livelli di cure ricompresi (cure primarie, specialistica ambulatoriale, diagnostica), intensità del ruolo assegnato ai MMG e di quello assegnato alla professione infermieristica, collegamento o meno con forme di medicina di iniziativa. Il combinarsi dei vari elementi contraddistingue le esperienze dove più evidente è il tratto di piattaforma e concentrazione dei servizi (strutture di maggiori dimensioni, in contesti più lontani da quelli urbani) rispetto a quelle in cui l'aspirazione a interpretare un modello, anche valorialmente, diverso di sanità è più avvertibile (strutture più piccole, in comunità a maggior tasso di coesione). Nel definire il quadro non bisogna sottovalutare il ruolo del sistema regionale e della sua cultura, da questo punto di vista, Emilia Romagna e Toscana (non trattata qui) si staccano nettamente per l'enfasi tradizionalmente posta sul tema del «territorio».

Comunque l'impressione che, complessivamente, se ne ritrae è che CdS e strutture simili (PTA nel caso pugliese o i CAP/UCCP del Piemonte) siano un'area di innovazione che si nutre più della necessità di mutare i corsi di azione rispetto al modello tradizionale, basato sull'ospedale, piuttosto che rappresentare un vero e proprio modello alternativo, come talvolta viene presentato. In questo senso, in conclusione del capitolo, è opportuno porre la questione se una indeterminatezza quale quella fin qui descritta e che in parte ha aiutato lo sviluppo delle esperienze, consentendo di unificare sotto «etichette condivise» realizzazioni diversificate, possa in futuro continuare rappresentare ancora un elemento positivo. In un orizzonte temporale di medio periodo probabilmente no, nel senso che alcuni temi, finora lasciati sotto traccia, dovranno essere affrontati e quindi trovare risposta in modelli maggiormente definiti. Ne citiamo in estrema sintesi almeno tre, tra quelli che potranno maggiormente impattare con lo sviluppo di queste strutture.

Il primo è relativo alla questione dei consumi privati. Già oggi più della metà delle prestazioni di riabilitazione e più del 40% delle visite ambulatoriali sono acquistate privatamente (si veda il capitolo 7 del presente Rapporto). Il finanziamento misto delle prestazioni è una realtà ancora più diffusa nel sociosanitario. Sia che le nuove strutture territoriali vogliano giocare un ruolo come piattaforma di offerta ambulatoriale, sia vogliano giocare un ruolo ancora più ambizioso di risposta complessiva ai bisogni di presa in carico, con tale realtà andranno necessariamente fatti i conti. È un tema, al tempo stesso, di atteggiamento generale del SSN (come includere il finanziamento privato in una strategia generale di tutela pubblica) e di competizione/collaborazione delle aziende sanitarie pubbliche rispetto ad altri soggetti che iniziano a guardare con interesse

all'area della integrazione (assicurazioni, imprese sanitarie che a vario titolo operano nella filiera sanitaria, non profit).

Il secondo è quello del ruolo dei MMG, almeno da due punti di vista. Il primo è la loro collocazione istituzionale, in un ambito di indipendenza rispetto al SSN, che potrebbe a un certo punto rappresentare un elemento di complessità non più gestibile, se le strutture territoriali devono compiutamente rappresentare una articolazione fondamentale del SSN. In tal caso, infatti, gli MMG sarebbero chiamati a rispondere di risultati complessivi di salute della popolazione, governando percorsi del paziente che coinvolgono parti importanti del funzionamento delle strutture pubbliche. In questo quadro si inserisce poi il rapporto con la professione infermieristica e con la figura dell'«infermiere di famiglia» in particolare. Le relazioni tra due professioni centrali per le cure primarie ed entrambe dotate di proprie prerogative e ambiti di autonomia dovrà trovare necessariamente un chiarimento in una qualche modellizzazione. Difficilmente potrà continuare una situazione di ambiguità come quella che caratterizza molte delle soluzioni in atto.

Il terzo riguarda la fisicità. Alla base delle esperienze qui presentate è la concentrazione fisica come elemento fondante e caratterizzante delle strutture e del ruolo che esse possono assolvere. In una prima fase è ragionevole ipotizzare che riunire «sotto uno stesso tetto» servizi e operatori diversi generi di per sé conseguenze positive, sia sul versante della risposta al bisogno sia su quelli dell'integrazione nei «processi produttivi». Ma da un certo punto in poi i vantaggi andranno intenzionalmente perseguiti, non potranno generarsi spontaneamente e a quel punto bisognerà chiedersi quali obiettivi specifici si intendano realizzare e all'interno di quali modelli. In un mondo nel quale la «virtualità» avanza impetuosa.

Bibliografia

- Brambilla A. e Maciocco G. (2016). *Le case della salute. Innovazione e buone pratiche*. Roma, Carocci.
- Del Vecchio M., Prenestini A. e Rappini V. (2014), «La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi.» in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2014*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (2013). «Health Care Retailization. Nuovi Strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario». In Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2013*. EGEA, Milano.
- Longo F. (2015), *Presentazione delle 10 proposte per rendere il SSN più efficace, equo e sostenibile*, disponibile on line su www.cergas.unibocconi.it
- Waber B., Magnolfi J. and Lindsay G. (2014). «Workspaces That Move People.» *Harvard Business Review* (October 2014): 69-77.