

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e 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.

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



Parte terza

Sostenibilità e funzioni strategiche

14 **Alla ricerca della sostenibilità economica: quali iniziative e strumenti di *cost management* nei nuovi servizi territoriali?**¹

di Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Marco Morelli, Alberto Ricci, Franco Luigi Zurlo²

14.1 **Introduzione e obiettivi di ricerca**

Nei sistemi non a mercato o a tassi di sviluppo decrescenti (se non negativi), la variabile dei costi diventa cruciale per la sostenibilità economica delle aziende (Porter, 1985).

La letteratura scientifica (Aielli, 2012) evidenzia tre operazioni che si possono condurre sui costi. La più semplice è quella di *cost cutting* e si sostanzia in tagli più o meno lineari effettuati sui singoli fattori produttivi: tale approccio presenta un contenuto manageriale assai limitato, se non nullo, e determina ricadute spesso negative sui volumi di produzione e sulla qualità complessiva. Un intervento ad alto tasso di efficacia nel breve periodo è quello del *cost containment*: tale approccio punta a massimizzare l'efficienza operativa data dal rapporto output/input, attraverso l'allineamento della catena di generazione dei costi. Nello specifico si punta ad avere la massima convergenza possibile tra analisi del fabbisogno, acquisizione e impiego dei fattori produttivi per specifiche famiglie di output. Questo approccio viene annoverato tra le decisioni a contenuto manageriale, sebbene a bassa complessità, ma ad altrettanto bassa sostenibilità nel medio-lungo periodo. Infine troviamo gli interventi di *cost management* (CM), che utilizzano strumenti di riprogettazione per costruire una struttura di costo coerente con la strategia e impiegano le informazioni di costo con l'obiettivo di individuare opportunità di ottimizza-

¹ Gli autori ringraziano tutti gli interlocutori aziendali che hanno contribuito a questo progetto. In maniera particolare, in ordine cronologico di intervista: dott. Antonio Andreozzi (ASL Roma 4), dott.ssa Ilaria Panzini (AUSL e AOU Ferrara), dott.ssa Simona Ludi (ASST Milano Nord), dott.ssa Micaela Abbinante e dott. Aldo Leo (ASL BAT).

² Benché il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, il paragrafo 14.1 è da attribuire a Francesca Lecci, il par. 14.2 a Marco Morelli, i parr. 14.3 e 14.5.1 ad Alberto Ricci, il par. 14.4 a Franco Luigi Zurlo e Alessandro Furnari e i parr. 14.5.2 e 14.6 a Francesca Lecci e Marco Morelli.

zione nell'utilizzo delle risorse. Le forme di *cost management* sono considerate parte, seppur con gradi differenti, delle famiglie degli approcci manageriali ad alto impatto e a maggior sostenibilità nel tempo (Bergamaschi et al, 2010). Le evidenze a disposizione finora depongono per un uso spesso non consapevole dei *tool* di *cost management* nelle aziende sanitarie italiane (essendo inconsapevole l'utilizzo, i risultati conseguiti sono nella migliore delle ipotesi di *second best*), mentre nel mondo non sanitario in genere di questi *tool* si fa un uso consapevole e sistematico (Lecci e Morelli, 2011). Tale inconsapevole utilizzo può derivare dal combinato disposto di diversi fenomeni: dalla carenza di competenze, alla mancanza di informazioni utili, alla difficoltà di attivare cambiamenti significativi. Ma, tra le tante ragioni, una delle più significative è rappresentata dal fatto che spesso gli strumenti di *cost management* richiedono di generare una significativa discontinuità con il passato e determinano un impatto sulle formule di servizio e sugli assetti organizzativi (Lecci e Morelli, 2011).

La nuova stagione in atto nel SSN è caratterizzata da importanti e pervasivi processi di cambiamento e dalla contestuale necessità di perseguire un più stabile equilibrio economico-finanziario, senza compromettere, come avvenuto nel recente passato, la quantità e la qualità delle prestazioni erogate a fronte dei fabbisogni espressi. La disponibilità di rilevanti risorse per gli investimenti, derivante dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è infatti abbinata a una spesa corrente che non cresce allo stesso ritmo dei bisogni di salute e assistenza (Longo e Ricci, 2022); gli ultimi dati disponibili (Armeni *et al.*, 2022) mostrano un deterioramento dei risultati economici delle aziende sanitarie pubbliche. Da un lato, quindi, esiste la possibilità di svolgere rilevanti riallocazione di risorse tra i punti di offerta: si pensi, in primo luogo, al potenziamento del territorio e della domiciliarità previsto dalla Missione 6 del PNRR. Dall'altro lato, l'esigenza di sostenibilità economico-finanziaria ritorna cogente dopo gli anni del Covid. Questa fase appare dunque particolarmente adatta ad essere analizzata anche attraverso le lenti del *cost management*, indagando la capacità delle innovazioni introdotte dal PNRR di perseguire gli obiettivi strategici per i quali sono state create, senza compromettere oltremodo la sostenibilità complessiva del SSN, aspetto cruciale per la sopravvivenza stessa del sistema sanitario come oggi lo conosciamo.

Il capitolo, in particolare, si focalizza su uno dei più importanti processi di cambiamento in atto nel SSN: la creazione, in tutto il territorio nazionale, di una diffusa rete di Case della Comunità: allo stato attuale, entro il 2026, se ne prevedono 1.450 in tutto il Paese, realizzate *ex novo* o riadattate grazie a fondi PNRR o regionali, anche se il numero potrebbe essere riprogrammato. Una dinamica di revisione dell'offerta territoriale che, contrariamente al passato, sta avvenendo in tutto il Paese, seguendo gli standard di massima del DM 77/22; da concretizzare, però, nei contesti locali di domanda e offerta dei ser-

vizi. Il capitolo rilegge questo processo di innovazione e trasformazione della geografia e dei contenuti dei servizi, che oggi si trova ai suoi inizi, attraverso gli schemi interpretativi del governo dei costi. L'obiettivo è comprendere se e come la progettazione strategica di questi nuovi *setting* sia attenta a riflessioni di costo o meglio di allineamento tra costo e valore prodotto per gli utenti e la collettività, in un'ottica di sostenibilità complessiva. In particolare, il capitolo analizzerà quattro esperienze di CdC in fase di attivazione, raccogliendo gli elementi principali di tali processi e ricavando informazioni sui driver di costo impattati nei singoli contesti.

A tal fine il contributo è strutturato come segue: il § 14.2 sintetizza i principali contributi scientifici sul tema; il §14.3 presenta la metodologia utilizzata; il §14.4 illustra e discute i risultati dell'analisi e il §14.5 delinea le principali conclusioni.

14.2 Richiami alla letteratura di riferimento

Come sintetizzato in premessa, le possibili azioni gestionali sui costi appartengono a due grandi famiglie: quella del *cost containment* e quella del *cost management*.

Marasca (2004) dà di queste due famiglie una rappresentazione più dettagliata, segmentando, a loro volta, gli interventi di *cost management* in 3 ulteriori sottoclassi (Figura 14.1) e distinguendo complessivamente 4 potenziali interventi gestionali sui costi.

- ▶ *Cost Containment* (in senso stretto). Questa azione si concentra sulla riduzione dei costi totali dell'organizzazione attraverso misure quali la negoziazione di prezzi più vantaggiosi con i fornitori, la razionalizzazione dei processi interni per eliminare sprechi e inefficienze, la riduzione dei costi di produzione e l'ottimizzazione delle risorse disponibili. L'obiettivo principale è controllare e limitare l'aumento dei costi, mantenendo al contempo la qualità dei prodotti o servizi offerti.
- ▶ *Cost Efficiency*: l'azione di *cost efficiency* mira a utilizzare in modo efficiente le risorse disponibili per ottenere il massimo valore possibile. Ciò implica l'identificazione e l'eliminazione di attività non necessarie o a basso valore aggiunto e il miglioramento della produttività attraverso l'addestramento e lo sviluppo delle competenze dei dipendenti. L'obiettivo è massimizzare l'output ottenuto con una data quantità di risorse impiegate.
- ▶ *Cost and Value Alignment*: l'azione riguarda l'allineamento dei costi con il valore che viene generato per gli utenti e per l'organizzazione stessa. Si tratta di identificare quali sono gli elementi di valore per i pazienti e concentrare le risorse su di essi, eliminando o riducendo le attività che non contribuiscono

direttamente a generare valore. L'obiettivo è ottimizzare l'allocazione delle risorse in modo che i costi siano coerenti con il valore percepito.

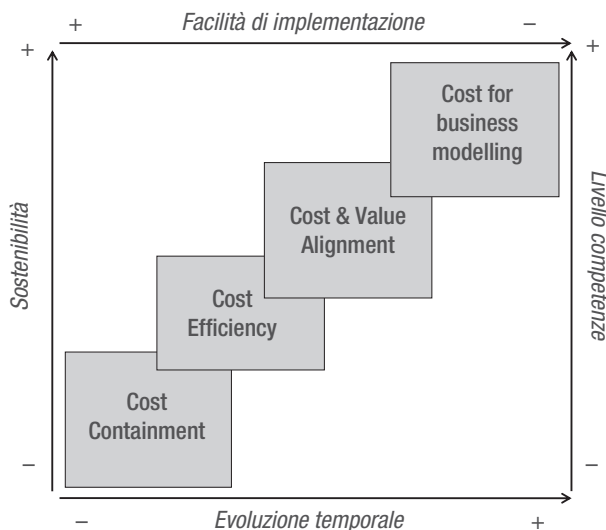
- *Cost for Business Modelling*: questa azione implica l'utilizzo dei dati sui costi per sviluppare modelli e scenari che consentano di prendere decisioni strategiche e di pianificazione efficaci. Si tratta di comprendere come i diversi fattori influenzano i costi dell'organizzazione e come i cambiamenti nelle variabili chiave possono influire sulla sostenibilità. L'obiettivo principale è fornire una base solida per l'analisi e la valutazione delle decisioni aziendali, consentendo di identificare le opzioni più vantaggiose in termini di costi e benefici.

Le quattro azioni così definite si differenziano per differenti livelli di sostenibilità, evoluzione temporale, facilità di implementazione e livello di competenze richieste.

Dalla Figura 14.1 appare evidente che in presenza di avvio di nuove formule di servizio, l'approccio da adottare non possa essere quello del *cost containment* (che si attiva tipicamente su processi e servizi già in essere), ma si debba optare per logiche più ampie e tipiche degli approcci di *cost management*.

Il *cost management*, prima ancora di essere concepito come un apparato metodologico e strumentale, viene considerato, più propriamente, in letteratura come una vera filosofia gestionale (Silvi, 1997). In questo senso diversi autori (Hansen e Mowen, 2006; Silvi, 1997) invitano a portare il *cost management* fuori dalle limitazioni concettuali derivanti dalla rigida impostazione delle tec-

Figura 14.1 **Una rilettura degli approcci manageriali sui costi**



niche contabili e organizzative su cui lo stesso si basa, poiché ritengono che, a differenza dei sistemi di contabilità direzionale tradizionale, esso si caratterizza non tanto per la strumentazione di supporto, quanto per le logiche che ne costituiscono il fondamento. Silvi (1997) presenta il CM come «un insieme di attività manageriali finalizzate, tramite l'impiego di appropriati strumenti informativi ed organizzativi, a controllare e migliorare l'efficienza e l'efficacia globale di un'azienda, nel breve e nel medio-lungo termine».

Nel corso degli ultimi trent'anni, il tema ha occupato un posto rilevante nell'ambito di un numero crescente di discipline (ad esempio, strategia, organizzazione e logistica). Ai fini della presente analisi, si riprende la classificazione di Lord (1996) che ha suddiviso le aree di studio sul CM in due ambiti:

- ▶ le ricerche che analizzano se e come le aziende utilizzano le informazioni di costo per supportare le analisi sulla catena del valore (Porter, 1985);
- ▶ le ricerche che tentano di esplicitare la relazione tra la strategia, la struttura di costo e le relazioni causali che legano i livelli di attività alle risorse assorbite, ovvero i *cost driver* (Banker e Johnston, 2007).

In entrambi i filoni il *cost management* viene presentato come una possibile leva in grado di determinare il vantaggio strategico di un'azienda, configurandosi come modello gestionale di governo delle determinanti di costo in ottica strategica. Come, infatti, sostiene Cokins (1999)³, l'espressione «*cost management*» rappresenta, in realtà, un ossimoro, perché i costi rappresentano delle conseguenze e non delle cause: ciò che si può realmente gestire non sono i costi ma le loro cause, vale a dire i *cost driver*.

Data questa premessa, qualsiasi iniziativa di gestione strategica dei costi deve essere indagata attraverso l'individuazione dei *driver* sui quali gli strumenti adottati vanno ad agire.

Non esiste in letteratura un chiaro accordo sull'elenco delle determinanti di costo: alla prima classificazione, riconducibile al contributo di Porter (1985), ne sono seguite altre (Riley, 1987; Cooper e Kaplan, 1998) nel tentativo di fornire una tassonomia esaustiva. La classificazione che raccoglie il consenso più ampio in letteratura è quella proposta da Shank e Govindarajan (1993) che, recuperando il contributo di Riley (1987), individua due livelli di *cost driver* (Tabella 14.1): quelli strutturali, in grado di incidere sulla struttura di costo di un'azienda, e quelli operativi, strettamente correlati alla capacità dell'azienda di agire con successo.

³ Si vedano anche Hansen e Mowen, 2006, p. 4: "Cost management has a much broader focus than that found in traditional costing systems. It is not only concerned with how much something cost but also with the factors that drive costs [...]. Thus, cost management requires a deep understanding of a firm's cost structure".

Tabella 14.1 **La tassonomia dei cost driver**

Structural cost drivers	Economie di scala
	Economie di raggio d'azione
	Economie di apprendimento
	Tecnologie di produzione lungo la catena del valore
	Complessità di linee produttive
Executional cost drivers	<i>Commitment</i> della forza lavoro nel miglioramento continuo
	Gestione della qualità
	Utilizzo della capacità produttiva
	Efficienza del <i>layout</i> degli impianti
	Configurazione di prodotto/servizio
	Legami con utenti e fornitori

Fonte: Adattamento da Riley, 1987

Nello specifico i driver di tipo *structural* (prevalentemente ma non esclusivamente utilizzati per azioni di *cost and value alignment* e *cost for business modelling*) sono i seguenti (Banker e Johnston, 2007).

- ▶ **Economie di scala.** Rappresentano la riduzione dei costi unitari di produzione/erogazione che si verifica quando si aumenta la scala di produzione/erogazione. In altre parole, producendo su larga scala, è possibile distribuire i costi fissi su un numero maggiore di unità prodotte, riducendo così il costo medio per unità.
- ▶ **Economie di raggio d'azione.** Si riferiscono alla riduzione dei costi che si ottiene espandendo l'ambito territoriale o la portata delle operazioni di erogazione con un aumento meno che proporzionale dei costi sostenuti. Maggiore è la copertura territoriale o la gamma di servizi offerti, maggiori possono essere gli effetti positivi sull'efficienza e sui costi complessivi.
- ▶ **Economie di apprendimento.** Indicano la diminuzione dei costi unitari che si verifica mano a mano che si acquisisce esperienza e competenza nella produzione di un determinato servizio o nell'esecuzione di un processo specifico. Maggiore è l'esperienza accumulata, minori saranno i costi per unità prodotta.
- ▶ **Tecnologia di produzione lungo la catena del valore.** Rappresenta l'adozione di tecnologie efficaci e innovative lungo l'intera catena del valore, dalla progettazione alla produzione e alla distribuzione. L'utilizzo di tecnologie avanzate può migliorare l'efficienza, ridurre i tempi di produzione e i costi associati.
- ▶ **Complessità delle linee produttive.** Si riferisce al grado di complessità dei processi produttivi e delle operazioni aziendali. Una maggiore complessità può aumentare i costi a causa della necessità di gestire e coordinare una varietà di attività, risorse e interconnessioni.

I driver di costo di natura *executional* (prevalentemente ma non esclusivamente utilizzati per azioni di *cost efficiency*) sono i seguenti (Banker e Johnston, 2007):

- ▶ *Commitment* della forza lavoro. Si riferisce all'impegno e all'investimento nella formazione, nello sviluppo e nella motivazione del personale. Un'adeguata gestione delle risorse umane, attraverso ad esempio la formazione continua e la creazione di un ambiente di lavoro soddisfacente, può contribuire a ridurre i costi associati a rotazione del personale, bassa produttività e scarse competenze.
- ▶ Gestione della qualità. Indica l'attenzione e l'investimento nella qualità dei prodotti o servizi offerti. Una gestione efficace della qualità può ridurre i costi legati a ritorni o reclami dei pazienti, migliorando la soddisfazione degli utenti e la reputazione aziendale.
- ▶ Utilizzo della capacità produttiva. Rappresenta la percentuale di capacità produttiva effettivamente utilizzata rispetto alla capacità totale disponibile. Un utilizzo efficiente della capacità può ridurre i costi unitari.
- ▶ Efficienza nel *layout* degli impianti. Si riferisce all'organizzazione e alla disposizione fisica degli impianti produttivi. Un *layout* efficiente può ridurre i tempi di trasporto, i tempi di *setup* e migliorare la fluidità delle operazioni, contribuendo a ridurre i costi complessivi.
- ▶ Configurazione di servizio. Indica il modo in cui un servizio è progettato e configurato. Una progettazione efficiente può semplificare i processi di erogazione, ridurre il numero di passaggi o le ridondanze, contribuendo a contenere i costi.
- ▶ Legami con clienti e fornitori. Si riferisce alle relazioni strategiche e collaborative con gli utenti e i fornitori. Una stretta collaborazione può consentire di migliorare l'efficienza della catena del valore, condividere costi e risorse, e ottenere vantaggi competitivi attraverso sinergie e negoziazioni favorevoli.

Da questa distinzione discendono due forme di CM (Anderson, 2007): (i) *Structural Cost Management*, che utilizza strumenti di riprogettazione organizzativa e di processo per generare azioni di *cost and value alignment* e *cost for business modelling* e costruire una struttura di costo coerente con la strategia; esso produce risultati solo nel medio/lungo periodo; (ii) *Executional Cost Management*, che impiega strumenti di management accounting finalizzati a misurare le performance di costo, prevalentemente in ottica di *benchmarking*, per individuare opportunità di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse e generare azioni di *cost efficiency*. Questo secondo approccio può, più facilmente, produrre risultati nel breve periodo.

14.3 Metodologia

La ricerca ha applicato il metodo dell'analisi dei casi multipli (Yin, 2013). Tale approccio è particolarmente adatto per rispondere a domande di ricerca che prevedano la spiegazione/descrizione dettagliata di processi aziendali e di esiti difficilmente misurabili, in ambiti caratterizzati da fenomeni nuovi e poco sistematizzati. Ciò è tanto più valido in realtà aziendali complesse a causa della presenza di categorie professionali, di logiche istituzionali plurime e di molteplici *stakeholder*, come nel caso delle aziende sanitarie pubbliche che attraversano un periodo di riassetto dei modelli di servizio.

Il campione dei casi è stato selezionato, come logico, tra le esperienze di aggregazione e rafforzamento dei servizi territoriali (I) operative da almeno sei mesi e (II) identificate come Case della Comunità (CdC) dalla programmazione regionale delineata tra 2021 e metà 2022⁴. Sono state dunque identificate delle specifiche strutture fisiche che, nel disegno programmatico regionale e aziendale, almeno a tendere, si inseriscono nei nuovi standard di offerta del distretto previsti dal DM 77/2022. Quest'ultimo prevede, in ultima analisi, che la Casa della Comunità «renda concreta l'assistenza di prossimità (p. 16)» integrando tre componenti essenziali: le cure primarie, la specialistica ambulatoriale almeno con riferimento alle discipline a maggiore diffusione e i servizi socio-sanitari a valenza sanitaria. Il modello è quello della sanità d'iniziativa, con una forte impronta multi-professionale, che assicuri un presidio a libero accesso almeno sulle 12 ore (p. 17)⁵. Il fatto che, al momento della raccolta dati, da almeno un anno, la programmazione regionale avesse identificato le strutture come Case della Comunità, rappresenta un tratto unificante delle esperienze che ne permette la confrontabilità. Un anno appare il lasso temporale minimo per cogliere degli influssi della programmazione regionale sulla conformazione di servizi già esistenti; sei mesi appare un periodo minimo per osservare lo sviluppo di un servizio appena avviato.

Nell'ambito delle strutture identificate come Case della Comunità, i quattro casi sono stati selezionati secondo il criterio della massima diversificazione. Le esperienze, infatti si differenziano in termini di (i) macro-area geografica e regione; (ii) tipologia azienda di appartenenza; (iii) urbanizzazione del contesto territoriale di riferimento; (iv) utilizzo precedente dell'immobile destinato alla CdC; (v) avvio formale dell'esperienza di CdC; (vi) metratura immobile; (vii) tipologia prevista di Casa della Comunità (hub/spoke); (viii) presenza attuale

⁴ Il riferimento è ai Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) o a delibere comunque collegate all'implementazione del PNRR. Per la Regione Lazio è stata presa a riferimento al DGR 1005/22 che ha mappato l'intera rete delle CdC, comprese quelle coerenti con il modello indicato dal PNRR ma non finanziabili attraverso tali fondi.

⁵ Per maggior approfondimenti sul modello della Casa della Comunità si rimanda, oltre che al DM 77/22, al capitolo 10 del Rapporto OASI 2022 (Del Vecchio *et al.*, 2022).

di servizi ospedalieri o socio-sanitari nello stesso complesso. Le realtà oggetto di approfondimento sono le seguenti:

- ▶ la CdC Città di Bresso (MI), gestita dalla ASST Nord Milano;
- ▶ la CdC Cittadella S. Rocco a Ferrara, gestita dalla AUSL di Ferrara;
- ▶ la CdC Fiano Romano (RM), gestita dalla ASL Roma 4;
- ▶ il PTA, in prospettiva CdC, di Trani (BAT), gestita dalla ASL Barletta-Andria-Trani.

Per il quadro dettagliato delle caratteristiche aziendali, si può fare riferimento alla Tabella 14.2.

La metodologia di analisi dei casi ha previsto sia interviste semi-strutturate, sia un'analisi documentale. Entrambe le analisi sono state svolte tra maggio e luglio 2023.

Con riferimento a ogni caso analizzato, sono state intervistate una o più persone in grado di descrivere il percorso di sviluppo della struttura territoriale verso il modello Casa della Comunità: per Bresso, la dirigente responsabile della Casa della Comunità; per Ferrara, la direttrice del dipartimento interistituzionale dello sviluppo e dei processi integrati; per Fiano Romano, il responsabile dell'area risorse finanziarie e personale, nonché direttore bilancio e referente aziendale PNRR; per Trani, il direttore di distretto di ubicazione

Tabella 14.2 **Profilo dei casi analizzati: tipo di procedura e principali servizi inclusi nel contratto**

Denominazione Struttura e Comune	CdC Fiano Romano	CdC Cittadella S. Rocco, Ferrara	CdC Bresso	CdC- PTA di Trani
Macro-area geografica	Centro	Nord	Nord	Mezzogiorno
Regione	Lazio	Emilia Romagna	Lombardia	Puglia
Azienda	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Urbanizzazione Comune* e contesto istituzionale	Intermedia, appartenenza a Città metropolitana	Elevata	Elevata, appartenenza a Città metropolitana	Elevata
Metratura immobile	1.000 mq	25.035 mq	860 mq	8.000 mq
Precedente utilizzo immobile	Edificio non utilizzato fino al 2022, poi poliambulatorio	Ospedale fino al 2012, poi Casa della Salute	Edificio scolastico	Ospedale con degenza ordinaria fino al 2018
Anno di avvio CdC	2022	2022	2022	Formalmente non avviata, tuttora PTA
Tipologia CdC	Spoke	Hub	Spoke	Hub
Presenza attuale di altri servizi sanitari	No	No	No	Attività chirurgica ospedaliera diurna

* Classificazione ISTAT sulla base del Reg. UE 2017/2391, per maggiori dettagli <https://www.istat.it/it/archivio/156224>.

Fonti: Interviste, Istat, CIS, DGR Regione Lazio 1005/21.

della struttura e la dirigente responsabile aziendale dell'informazione e comunicazione.

Nel corso delle interviste semi-strutturate, dalla durata compresa tra una e due ore, è stato chiesto ai professionisti intervistati di trattare gli argomenti che seguono.

- a. I fattori (esterni e interni) che hanno determinato l'avvio della struttura territoriale, incluse eventuali analisi epidemiologiche ed organizzative.
- b. Gli obiettivi strategici e intermedi perseguiti dall'intervento.
- c. Il processo di responsabilizzazione rispetto a tali obiettivi: persone e strumenti. La reportistica utilizzata per supportare i principali processi decisionali e monitorare il successo dell'intervento.
- d. Le principali azioni implementate e i principali processi operativi interessati dall'intervento: come sono stati rimodulati i servizi.
- e. Le leve e le competenze chiave per condurre l'intervento: fattori di successo interni.
- f. I fattori di successo esterni.
- g. Le evoluzioni prevedibili dell'esperienza.
- h. Il fabbisogno di controllo percepito in termini di oggetti, misure e processi di analisi.

Agli intervistati non sono state poste domande esplicite sui *cost driver* per non influenzarne le risposte. Tutte le interviste sono state registrate. L'attivazione dei diversi *cost driver* nei singoli casi analizzati (o, più spesso, la percezione di attivazione di un driver da parte degli intervistati) è stata individuata attraverso l'analisi dei *transcript* delle interviste, riportata dettagliatamente in appendice e sistematizzata nelle discussioni. La percezione degli intervistati sull'attivazione dei *cost driver* è stata poi classificata come bassa, media e alta sulla base della numerosità e della ricchezza di dettaglio delle stesse citazioni.

Per quanto riguarda l'analisi di documenti utili a inquadrare il contesto istituzionale e organizzativo e gli obiettivi delle nuove Case della Comunità, sono stati raccolti e analizzati i Piani delle performance delle quattro Aziende. Per approfondire, invece, il modello di servizio, sono state raccolte le Carte dei Servizi delle CdC, dove disponibili (a Bresso, Ferrara e Fiano Romano).

I *transcript* delle interviste e i Piani delle performance sono stati analizzati attraverso il software Atlas.Ti ©.

14.4 Risultati dell'analisi

Il paragrafo sintetizza i principali risultati emersi dall'analisi dei casi aziendali. Seguendo quindi la struttura dell'intervista delineata nel paragrafo precedente,

verranno mostrati i diversi modelli di servizio definiti per le Case della Comunità analizzate. Ove disponibili, sono state selezionate le citazioni corrispondenti raccolte durante le interviste, poi riprese e categorizzate in Tabella 14.5 (inserita all'interno dell'Appendice del capitolo). Nel successivo paragrafo 14.5 si darà invece evidenza dei principali *cost driver* attivati nella loro definizione.

14.4.1 ASL Roma 4 – La CdC di Fiano Romano

La struttura individuata per la CdC di Fiano Romano sorge nella zona a Nord-Est di Roma, a circa 40 km dal capoluogo laziale, e si trova sotto la giurisdizione dell'ASL Roma 4. Nello specifico, è collocata nel Distretto 4, all'estremo Est dell'area di competenza della ASL, della quale rappresenta la zona con la maggiore concentrazione di comuni e popolazione. La sede è stata individuata in un edificio di proprietà di privati, già precedentemente allestito come poliambulatorio, sebbene non fosse ancora stato pienamente utilizzato («*era una struttura vuota, però comunque di moderna concezione, uno stabile nuovo e appena ristrutturato [...] per accogliere servizi sanitari*»). Si tratta della prima esperienza completa e funzionante di CdC sviluppata dalla ASL Roma 4.

L'origine del processo di cambiamento organizzativo che ha determinato l'istituzione della CdC di Fiano Romano è da ricercare principalmente nelle scelte operate dalla recente programmazione nazionale e regionale. Si è dunque trattato di una spinta esterna alla modifica dell'assetto di offerta aziendale verso un approccio che insistesse in maniera più significativa sullo sviluppo dell'assistenza territoriale. A seguito di questo *trigger* esterno, l'azienda ha inizialmente individuato le strutture (i «muri») dove sviluppare fisicamente i *setting* assistenziali previsti dal DM77. In una seconda fase, sono state avviate analisi *ad hoc* dei bisogni di salute per determinare l'offerta da prevedere specificatamente all'interno del presidio di Fiano Romano e sostenere la definizione degli obiettivi strategici aziendali. Le analisi condotte, in stretta collaborazione con il dipartimento di epidemiologia della Regione Lazio, si sono concentrate su tre aspetti principali: l'individuazione dei principali bisogni di salute della popolazione del territorio di riferimento, lo studio dell'offerta attuale tramite analisi dei flussi di produzione e di analisi della mobilità (con particolare riferimento alla specialistica ambulatoriale) e l'indagine sugli spazi fisici, per determinare gli indici di saturazione degli spazi a disposizione. Inoltre, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia, sono state indagate anche le caratteristiche socio-economiche della popolazione di riferimento, quindi livello di istruzione e indice di deprivazione. Questo ha consentito anche di delineare gli ambiti dell'integrazione socio-sanitaria, individuando in dettaglio condizioni di cronicità affiancate a solitudine/deprivazione. Tali ambiti sono stati poi colmati grazie ad una forte collaborazione con il Consorzio della Valle del Tevere, andando a popolare la Cdc con numerosi servizi ad alta integrazione socio-sanitaria.

Riguardo agli obiettivi strategici per la CdC di Fiano Romano, oltre all'assistenza sanitaria di prossimità, è stato sviluppato anche il tema del ridisegno dei percorsi assistenziali nell'ottica di sostenere la presa in carico del paziente cronico, supportandone la navigazione tra i servizi esistenti sul territorio⁶. Per quanto riguarda la fase di progettazione, è stato definito un gruppo di lavoro quanto più ampio possibile, che rappresentasse adeguatamente tutte le parti in causa, inclusi il direttore di distretto, i rappresentanti dei Comuni, degli MMG, degli enti comunali, delle associazioni del terzo settore, degli specialisti ambulatoriali e del Consorzio della Valle del Tevere. Proprio la presenza di quest'ultimo Ente, che ha il compito di gestire in forma associata gli interventi e i servizi sociali di competenza dei Comuni consorziati, ha rappresentato un elemento strategico determinante ai fini della vocazione socio-sanitaria che si vuole far acquisire alla CdC. La metodologia adottata ha previsto incontri del gruppo di lavoro presieduti, per tutta la durata della progettazione (da ottobre 2022 fino alla primavera del 2023), direttamente dal direttore generale dell'ASL Roma 4, in considerazione della valenza archetipica del progetto.

L'offerta complessiva della struttura, soprattutto per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, è stata programmata in una logica di espansione, maggiore aderenza ai bisogni assistenziali di salute e ponendo attenzione all'integrazione dei servizi socio-sanitari e sociali, di concerto con il Consorzio della Valle del Tevere⁷. In altri termini, si è cercato di agire nella direzione di un potenziamento complessivo dell'offerta ambulatoriale, coerentemente con il fabbisogno di salute espresso dalla popolazione di riferimento (*«potenziando quelle che sono branche strategiche, come la diabetologia o l'assistenza cardiologica»*). Inoltre, la programmazione ha tenuto conto della configurazione fisico-logistica del territorio⁸ e le abitudini locali (*«abbiamo lanciato una survey agli utenti che frequentavano il poliambulatorio di Fiano per capire come si muovessero, se a piedi o in macchina»*). Inoltre, sono stati previsti investimenti significativi di accompagnamento e supporto sulle dotazioni tecnologiche, soprattutto per quanto riguarda l'offerta diabetologica e cardiologica⁹ e sullo sviluppo di competenze manageriali del middle management (*«la figura del direttore di distretto è fondamentale, [...] in questa fase abbiamo speso tanto tem-*

⁶ *«stiamo siglando un accordo con il Sant'Andrea proprio per la gestione dei pazienti».*

⁷ *«[...] abbiamo rivisto l'offerta [...], razionalizzando l'utilizzo degli spazi per offrire altri servizi che non erano presenti. In principal modo quelli socio-sanitari. Abbiamo destinato, faccio solo un esempio, il sabato mattina per gli incontri con gli assistenti sociali perché sapevamo che il poliambulatorio la mattina era aperto ma non utilizzato per il 90% degli spazi»; «abbiamo aumentato le ore di specialistica, che erano già a budget e non utilizzate».*

⁸ *«(ad esempio, la Casa della Comunità a Fiano è a 6 km da un'altra CdC, a Capena. [...] Alcuni servizi che erano presenti a Capena, soprattutto di diagnostica e altro, nonostante il DM 77 preveda una presenza di determinati strumenti, sono stati mantenuti su Capena».*

⁹ *«potenziare l'offerta su branche strategiche per la specialistica ambulatoriale, come diabetologia e cardiologia, ovviamente dotandole di attrezzature e strumenti idonei».*

*po ed energie per formare i direttori di distretto e [i direttori di] tutte le strutture territoriali»). I principali fattori potenziali di successo dell'esperienza di Fiano Romano sono dunque da ricondurre alla conoscenza del contesto territoriale e alla capacità di relazionarsi e mediare con la filiera degli stakeholder («col supporto del Consorzio [della valle del Tevere] abbiamo individuato 21 aree di possibile integrazione con loro, [che] attiveremo poi su tutte le Case della Comunità del territorio»). È stata presa in considerazione la generazione di esternalità positive sul *setting* ospedaliero e sulla rete dell'emergenza-urgenza, che permetterebbero di sgravare i pronti soccorso ospedalieri dell'ASL. Non è invece prevista, al momento, l'integrazione piena con gli MMG del territorio, che «hanno partecipato alla strutturazione del modello, [ma] va [ancora] raggiunto un accordo con loro per capire come devono venire in Casa della Comunità e con quale strutturazione». In un contesto così complesso e variegato, avere la possibilità di integrarsi in maniera funzionale con servizi sociali comunali, consorzi locali o MMG risulta infatti importante per il successo pieno dell'iniziativa nella sua fase di sviluppo¹⁰.*

Per monitorare le *performance* e l'efficacia del nuovo *setting* assistenziale, infine, sarà fondamentale l'utilizzo di metriche coerenti agli obiettivi aziendali e ai servizi offerti, riguardo ai quali, a fronte di una norma regionale che prevede una valutazione al termine del processo, si sta cercando di «strutturare, con il controllo di gestione, un panel di indicatori» che siano monitorabili pressoché in tempo reale. Un elemento di particolare interesse per la valutazione dell'efficacia della nuova CdC sarebbe rappresentato dalla valutazione dei flussi di mobilità passiva, principale obiettivo aziendale, in virtù del posizionamento geografico dell'ASL Roma 4 («la riduzione della mobilità in certe branche ci consente di migliorare la struttura [di offerta] dei presidi; noi siamo comunque una Asl, quindi in realtà [abbiamo l'obiettivo] di non peggiorare la mobilità passiva»).

14.4.2 AUSL Ferrara – La CdC di Cittadella San Rocco

La Casa della Comunità di Cittadella San Rocco sorge all'interno delle mura di Ferrara, nel complesso in cui, fino al 2012, era situato il vecchio ospedale Sant'Anna, poi trasferitosi a circa 9 km dal centro storico, presso la frazione di Cona. Cittadella San Rocco rappresenta un esempio di struttura già pienamente attiva come centro di assistenza esclusivamente territoriale ben prima delle nuove regolamentazioni, visto che simili punti (noti come Case della Sa-

¹⁰ «ovviamente un interlocutore chiave è il rappresentante degli MMG soprattutto su Fiano, [...] che comunque è spinto a utilizzare i servizi della Casa della Comunità. Insomma, questa è un'altra sfida molto forte. [...] senza il coinvolgimento dei medici di base si rischia di creare delle strutture poi inutilizzate».

lute) erano già integrati in maniera stabile nel contesto della sanità territoriale dell'Emilia-Romagna. I fondi PNRR, dunque, sono spesso stati sfruttati, in questo contesto, non per l'individuazione e la costruzione di nuove strutture, ma per la trasformazione e il miglioramento di quelle già esistenti e per operare scelte di localizzazione dei servizi funzionali allo svolgimento delle attività di assistenza («*Cittadella San Rocco, con il PNRR, avrà all'interno anche un Ospedale di Comunità, poi ci sarà la Centrale Operativa Territoriale, per cui sarà tutto insieme*»).

La densità di popolazione presenta una marcata variabilità tra i tre distretti della AUSL di Ferrara, dai valori relativamente elevati del comune capoluogo (327 ab/kmq) alle vaste aree interne scarsamente popolate (circa 70 ab/kmq nel distretto Sud-Est). Questa caratteristica ha rafforzato ancora di più la spinta alla creazione di strutture di assistenza territoriale da parte dell'azienda, già in tempi antecedenti il DM 77. La scelta dei servizi da inserire all'interno di Cittadella San Rocco, anche in questo caso, è partita da un'analisi epidemiologica, che ha valutato le necessità assistenziali della popolazione di riferimento, pur con le limitazioni dettate dalla disponibilità dei dati dai flussi territoriali, ancora in fase di sviluppo. Ad ogni modo, non sorprende come Case della Comunità e presidi di assistenza territoriale in senso lato siano interpretate dall'AUSL Ferrara come parti di una rete ricca di interdipendenze già organizzate. Ne consegue che anche gli obiettivi individuati siano riferiti all'intera rete e si concentrino perlopiù sullo spostamento dell'attività ospedaliera verso il territorio (sia in termini di casistica trattata che di risorse impiegate), sullo sviluppo di modelli di servizio innovativi (es. la telemedicina) e sulla razionalizzazione delle risorse di capacità¹¹.

La progettazione di Cittadella San Rocco si basa su modelli di servizio sviluppati dall'Azienda a cavallo della pandemia da Covid-19. Sia per allinearsi al disposto normativo nazionale sia per alimentare il dinamismo regionale nello sviluppo di modelli e configurazioni di servizio che contraddistinguono il contesto emiliano-romagnolo, diversi interventi hanno di recente interessato e continueranno a interessare la CdC ferrarese, tra cui si segnala, in particolare, il potenziamento della specialistica ambulatoriale¹². Inoltre, all'interno della CdC è stata inserita una forte componente di personale infermieristico di famiglia e comunità, formata appositamente per poter svolgere e interpretare al meglio

¹¹ «*Chiudiamo due o tre punti di continuità assistenziale, aumentiamo le ore di ambulatorio [disponibili negli altri] e costruiamo un ragionamento di questo tipo*».

¹² «*[Per l'oncologia territoriale, [...]] stiamo per inaugurare [un ambulatorio con] 2-3 giornate alla settimana [...], [in cui] abbiamo identificato una lista di terapie sia sottocute sia (alcune) in vena e orale, che possono essere effettuate presso la Casa della Comunità, quindi reindirizzando i pazienti che andavano in ospedale*»; o ancora «*La radiologia c'è sempre stata ed è sempre rimasta. C'è tutta l'odontoiatria, c'è la psicologia clinica, ci sono anche l'oculistica, ci sono i poliamulatori specialistici, c'è la parte del laboratorio*».

le funzioni di *case management* assegnate, cercando, da un lato, di sfruttare il personale già all'interno dell'azienda («abbiamo fatto dei bandi interni e abbiamo chiesto la disponibilità a diventare infermiere di famiglia e di comunità, effettuando un percorso formativo certificato all'interno dell'azienda e abbiamo anche attivato un master di primo livello») e, dall'altro, di reperire risorse utili dall'esterno («su 50 infermieri di comunità 20 sono stati assunti ex novo»). Parallelamente, importanti investimenti si registrano in ambito di telemedicina, ad esempio in progetti che riguardano la teleretinografia del paziente diabetico e l'assistenza cardiologica¹³. Un altro importante ambito di innovazione organizzativa riguarda poi l'introduzione di un ambulatorio di emergenza territoriale per la bassa complessità (ABC), ad oggi attivo per 12 ore al giorno con l'impegno di medici e infermieri delle cure primarie, ore che in futuro cresceranno¹⁴. Nel caso dell'ambulatorio a bassa complessità si tratta evidentemente di una scelta squisitamente aziendale, mentre l'evoluzione a CAU si inserisce in una profonda riforma strutturale stimolata dalla capogruppo regionale con la DGR 1206/23 per il riordino della rete di Emergenza e Urgenza¹⁵. Come nel caso della telemedicina, sono scelte aziendali anche la creazione di specifiche unità operative a valenza territoriale (e.g. malattie infettive territoriali, pneumologia territoriale, oncologia territoriale), quale personale venga stabilmente stanziato presso la CdC o, viceversa, come avvenga la suddivisione del tempo dei professionisti che lavorano anche presso l'azienda ospedaliera.

In termini di processo, questi interventi sono stati sviluppati costituendo un gruppo di lavoro interno che comprendesse i responsabili delle principali professionalità coinvolte all'interno dell'AUSL (responsabile dell'area tecnica, medica, infermieristica), in cui ciascuno aveva in carico la realizzazione della parte di progetto a lui afferente sotto il monitoraggio continuo e diretto della Direzione Generale aziendale. Lo sviluppo dei nuovi modelli di servizio e i processi di trasformazione attivati dal loro design e dalla loro introduzione sono stati sostenuti dal rapporto generativo con gli stakeholder esterni (MMG,

¹³ «Su Cittadella San Rocco stiamo facendo ormai da un anno un progetto di teleretinografia [con sistema patch] del paziente diabetico per cui i pazienti vanno a fare l'esame in un qualsiasi punto della provincia e l'esame viene letto dall'oculista che è dentro Cittadella San Rocco»; «[...] la tele-refertazione degli ECG l'abbiamo iniziata posizionando il macchinario con un'infermiera in una casa della Comunità e poi il cardiologo nell'ospedale referta gli ECG di tutte le Case della Comunità».

¹⁴ «Abbiamo inserito quello che abbiamo chiamato prima ABC, adesso CAU – Centro di Assistenza e Urgenza-, nel senso che c'è un ambulatorio in questo momento h 12 diventerà h 16 dedicato all'emergenza territoriale»; «per quanto riguarda le professioni infermieristiche, sono infermieri che sono stati formati anche all'urgenza, non al triage. Non c'è triage, però sì, è personale del dipartimento cure primarie».

¹⁵ «[Oltre ai CAU è stata prevista la strutturazione di un] sistema see and treat nell'ambito dei quattro pronto soccorso, con presa in carico infermieristica dei codici di bianchi e verdi che si recano in ospedale secondo determinati protocolli precostituiti».

enti locali, associazioni di volontariato¹⁶) e da un'importante integrazione con l'azienda ospedaliera, in attesa della formalizzazione dell'accorpamento delle due entità giuridiche (*«per cui dentro Cittadella San Rocco ci sono medici e servizi delle aziende ospedaliere (es. riabilitazione) che poi [lavorano anche negli] ospedali distrettuali, quindi il collegamento è molto forte»*).

Obiettivi strategici e indicatori che provano a renderli operativi sono inseriti nel piano triennale della performance aziendale. Le metriche presenti nel piano appaiono perlopiù legate all'intera rete territoriale, più che alle singole CdC come Cittadella San Rocco; rimangono ancora poco orientate a rilevare in profondità l'efficacia dell'azione aziendale nel singolo contesto di riferimento. Del resto, un elemento importante è la mancanza di flussi strutturati per monitorare automaticamente l'assistenza territoriale dei singoli punti di erogazione. Si segnalano comunque delle interessanti eccezioni. Tra queste, ad esempio, la già consolidata presenza della Casa della Salute, radicata nel territorio prima dell'approvazione del DM77, ha consentito di confrontare l'attività precedente e successiva all'introduzione dei sopra-citati interventi e di cogliere alcuni buoni risultati derivanti dall'integrazione o modifica della configurazione di offerta precedentemente attivata. Per esempio, monitorando gli accessi presso il CAU di Cittadella San Rocco, è emerso come *«all'aumentare dei codici bianchi e verdi [...], in maniera significativa diminuiscono i codici bianchi e verdi del pronto soccorso di Cona»*. Ad ogni modo, è interessante segnalare come l'approccio ai processi di responsabilizzazione e orientamento dei comportamenti segua una logica definita «per piattaforma», con un sistema di budget costruito in modo che al direttore di distretto faccia capo l'andamento complessivo delle CdC che insistono sul proprio territorio di riferimento, mentre l'erogato e l'assorbito per branca disciplinare sia di pertinenza dei dipartimenti aziendali di riferimento.

14.4.3 ASST Milano Nord – La CdC di Bresso

La Casa della Comunità di Bresso sorge nell'omonimo comune, a Nord della Città di Milano, e afferisce alla ASST Milano Nord. In particolare, è collocata all'interno del distretto del Parco Nord, in un'area che, nonostante il comune conti poco più di 26.000 abitanti, presenta comunque un'elevata densità abitativa (oltre 7.600 ab/kmq, rispetto alla già rilevante media regionale di circa 417 ab/kmq), vista anche la vicinanza con il capoluogo lombardo. L'apertura del presidio è avvenuta il 1° ottobre 2022, in una struttura che, fino alla designazione come nuova CdC, faceva parte di un complesso scolastico. Gli *input* all'avvio della Casa della Comunità sono stati gli atti normativi nazionali

¹⁶ «Una buona integrazione anche con gli enti locali, con le associazioni di volontariato, con tutto il terzo settore».

e le relative declinazioni regionali: nello specifico, il DM 77 e le linee guida regionali per la revisione del modello organizzativo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario (cfr. DGR XI/6080/22 e DGR XI/6770/22). L'assenza di servizi pre-esistenti ha facilitato la possibilità di sperimentare e declinare più liberamente le attività da svolgervi, rappresentando un'esperienza pilota per le altre CdC previste nei distretti dell'Azienda.

Nella scelta dei servizi e degli ambulatori specialistici da localizzare presso la CdC, è stata condotta un'analisi epidemiologica sul territorio della ASST, dopo una prima fase volta all'individuazione degli spazi idonei. L'obiettivo strategico di lungo termine dichiarato è l'attuazione di un'integrazione che vada oltre la classica dicotomia ospedale-territorio, e che si sviluppi in ottica bidirezionale nonché tra i diversi nodi dello stesso territorio. Lo scopo è quello di prevenire gli accessi inappropriati al pronto soccorso ed essere di supporto attivo alle categorie fragili in via predittiva al territorio a cui afferiscono, con una vista a trecentosessanta gradi delle interdipendenze da organizzare e gestire per creare valore¹⁷. Ciò deve avvenire coinvolgendo i diversi stakeholders che operano sul territorio. Emerge, infatti, l'importanza del rapporto con gli altri servizi del territorio e con tutti i suoi stakeholders come fattore critico di potenziale successo dell'iniziativa (*«La nostra Casa della Comunità si fonda su una vera e propria integrazione inter-istituzionale. All'interno della CdC, sono presenti un'assistente sociale del Comune, due medici di medicina generale – di cui uno è rappresentate dell'Aggregazione Funzionale Territoriale d'afferenza (AFT) -, otto infermieri di famiglia e di comunità – che garantiscono l'apertura costante del presidio – e i Punti Unici di Accesso (PUA) – attivi per 12 ore al giorno»*).

Per lo sviluppo della progettualità, è stato definito un gruppo di lavoro aziendale (che si ritrovava a cadenza bimestrale), composto sia da dirigenti che da professionisti loro afferenti di tutte le unità operative coinvolte, a rappresentanza di tutte le parti utili all'implementazione delle nuove articolazioni territoriali (ad esempio, Controllo di Gestione, Provveditorato, Ufficio Tecnico, DAPSS, Gestione Operativa, Sistemi Informativi, strutture afferenti alla direzione sociosanitaria, e altre). La collocazione dei vari servizi all'interno della CdC è stata predisposta in modo funzionale ai percorsi dei pazienti, ad oggi in fase di miglioramento mediante «gruppi formativi» multidimensionali. Tali iniziative, oltre a prevedere la condivisione delle informazioni, hanno l'obiettivo di ridisegnare i processi qualora necessario, considerando come valore aggiunto la partecipazione di rappresentanti degli MMG e degli assistenti sociali del comune¹⁸.

¹⁷ *«L'integrazione deve essere ospedale-territorio, [ma anche] territorio-ospedale, territorio-ospedale-territorio e territorio-territorio».*

¹⁸ *«Per noi è stato un gran successo avere qui [gli MMG], [...] stiamo costruendo con loro dei gruppi di miglioramento formativi, per ottimizzare con loro i percorsi».*

Al momento, l'attività della CdC di Bresso si concentra soprattutto sull'assistenza infermieristica di famiglia e comunità con personale dedicato stabilmente al presidio e alla presa in carico dei pazienti cronici locali. Sono inoltre attivi quotidianamente il punto prelievi e il servizio di continuità assistenziale, oltre alle attività di sportello polifunzionale (che includono sia scelta e revoca che prenotazioni visite specialistiche ed attività amministrative di supporto ai prelievi ed alle vaccinazioni), mentre, settimanalmente, l'attività vaccinale. Nella CdC è erogata anche l'assistenza clinico-specialistica ambulatoriale, sebbene con qualche sofferenza sulla saturazione della capacità infrastrutturale per via dell'assenza di specialisti, ed è in fase di sviluppo l'integrazione nella CdC con il terzo settore e con i servizi farmaceutici territoriali. È interessante sottolineare come questa stessa spinta sul *setting* territoriale abbia influito in maniera significativa anche a livello organizzativo, attraverso una modifica agli assetti dell'intera ASST. Ne sono un esempio la creazione di differenti unità complesse in afferenza alla direzione sociosanitaria (Vaccinazioni, Cure Primarie, Coordinamento attività consultoriali, Processi Igienico Sanitari del polo territoriale e i distretti Parco Nord e Media valle del Lambro, ai quali afferiscono le CdC a livello territoriale). Ogni CdC ha, inoltre, un dirigente responsabile che afferisce funzionalmente al proprio direttore di distretto e gerarchicamente al proprio direttore di unità. Tale modello matriciale si sviluppa all'interno della CdC sia per i dirigenti che per tutto il personale afferente, sviluppandosi mediante forti meccanismi di coordinamento e riflettendosi sul piano dei centri di costo¹⁹.

Dal punto di vista dei meccanismi di controllo, sono in fase di sviluppo *tools* di monitoraggio specifici dell'attività (da parte di ATS), la cui architettura ruoterà attorno all'integrazione tra dati ottenuti dagli sportelli polifunzionali della struttura e dati SGDT (Sistema di Gestione Digitale del Territorio) e rispetto ai quali sono già stati attivati momenti di interlocuzione inter-istituzionale con l'Agenzia Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti («abbiamo creato questo meccanismo di coordinamento con ARIA per il SGDT, ossia ogni mese ci incontriamo a livello strategico con i [loro] referenti»). Inoltre, sono stati avviati corsi di formazione *ad hoc* sia per la fase di alimentazione che per quella di utilizzo delle informazioni («la formazione, ad esempio per gli sportelli polifunzionale: i giovani amministrativi che stiamo assumendo vengono formati a livello trasversale, quindi su tutti i vari aspetti e le varie attività, che poi coinvolgono diversi processi, così come avviene anche per gli infermieri»).

¹⁹ «Ogni casa della comunità ha un dirigente che investe da un terzo a un quinto del proprio tempo nella [sede della] casa della comunità, per ottimizzare i costi».

14.4.4 ASL BAT – La CdC di Trani

La Casa della Comunità di Trani è afferente alla ASL BAT (Barletta-Andria-Trani). Non si tratta ancora formalmente di una CdC a pieno titolo, ma, al momento della realizzazione del presente studio, mantiene la definizione di PTA (Presidio Territoriale Assistenziale) sebbene da programmazione regionale (cfr. Contratto Istituzionale di Sviluppo tra Regione Puglia e Ministero della Salute) sia destinata a diventare una CdC Hub. La struttura afferisce al distretto 5 della ASL e sorge nell'edificio che fino a metà degli anni '10²⁰ era sede dell'Ospedale di Trani. Vista la precedente destinazione della struttura, la maggior parte degli interventi susseguitisi negli anni e che interesseranno la CdC nel prossimo futuro, non si sono concentrati necessariamente sul potenziamento in senso stretto dell'offerta, quanto sulla riduzione dei volumi ospedalieri e sulla riconversione del profilo di servizio erogato. Per le medesime ragioni, la nuova configurazione di offerta immaginata deriva solo parzialmente da analisi epidemiologiche costruite *ad hoc*²¹ e si caratterizza per scelte operate direttamente dal dipartimento ospedaliero di riferimento della singola branca disciplinare e da considerazioni specifiche sviluppate su singole progettualità. Nel complesso, dunque, anche gli obiettivi strategici in capo al PTA di Trani riflettono il processo di riconversione appena descritto. Da un lato, in un'ottica di programmazione aziendale, si mira a offrire prestazioni in grado di alleggerire la pressione sui presidi ospedalieri dell'ASL – ed in particolare i vicini ospedali di Andria e Barletta – nel tentativo di garantire maggiore appropriatezza e contenere le liste d'attesa. Dall'altro, l'obiettivo è garantire ai cittadini di Trani alcuni servizi di prossimità più o meno complessi e non necessariamente afferenti al *setting* territoriale. Questa prospettiva parzialmente antitetica deriva anche dal sistema di attese della popolazione di riferimento, che non ha ancora pienamente assorbito la riconversione del presidio ospedaliero in punto di assistenza territoriale.

L'offerta di servizi del PTA di Trani include una componente di attività ospedaliera, con sale operatorie chirurgiche, ortopediche e oculistiche per l'attività in regime diurno («*abbiamo un day service chirurgico e un day surgery ospedaliero*»). Inoltre, il presidio comprende una radiologia dotata di strumentazioni avanzate²² ed include i medici di medicina generale che assicurano una

²⁰ La riconversione dell'ospedale di Trani in PTA è stata avviata con il protocollo di intesa tra regione Puglia, Comune di Trani e ASL BAT del 10 agosto 2016 e si è conclusa con la delibera del DG della ASL BAT del 13/12/2018. Tuttavia, il progressivo ridimensionamento dell'ospedale era già in atto da alcuni anni (ad es. la chiusura del reparto di ostetricia era avvenuta nel 2004).

²¹ «*Diciamo che [gli obiettivi di riduzione della spesa, degli straordinari, della gestione dei farmaci] non passano, attualmente attraverso il distretto, stiamo ancora in una fascia in cui sono i rapporti interpersonali che creano le relazioni e i progetti*».

²² «*abbiamo una radiologia abbastanza importante con risonanza magnetica, insomma, una radiologia di peso*».

copertura h 12, la sede dell'ADI e i principali servizi amministrativi e sanitari distrettuali. Infine, all'interno della futura CdC è stato allestito anche un Punto di Primo Intervento, in sostituzione del pronto soccorso pre-esistente. Al contrario, per motivi di razionalità di rete è stato smantellato il laboratorio che insisteva sul precedente presidio ospedaliero. Sono altresì state attivate alcune sperimentazioni in telemedicina, in fase ancora embrionale e su cui potranno essere costruite le successive rimodulazioni dei servizi in chiave digitale, sia in termini di organizzazione dell'offerta che di dialogo con la domanda²³. Per quanto riguarda i prossimi interventi, la struttura mira a ospitare anche la COT, un OSCO e un nuovo servizio di RSA per l'assistenza di quei pazienti con fragilità che, sebbene clinicamente stabili, non hanno comunque la possibilità del rientro al domicilio.

Dal punto di vista degli assetti organizzativi, si è scelto di mantenere la pre-esistente allocazione del personale per afferenza al dipartimento ospedaliero di riferimento, che gestisce e monitora presenze, turni e attività dei professionisti. Sono presenti strutture semplici a valenza dipartimentale per ciascuna specialità, mentre la CdC/PTA nel suo complesso è formalmente sotto la supervisione del direttore di distretto. Questa postura implica la presenza di specialisti ospedalieri che delocalizzano la propria attività, di fatto alternando il *setting* ospedaliero in senso stretto e il presidio territoriale (*«I medici ruotano: per esempio, l'ortopedico dell'ospedale di Barletta spesso viene chiamato per fare dei piccoli interventi»*), senza tuttavia una rivisitazione di numero, ruolo e funzioni dei profili infermieristici. Similmente, anche gli oggetti di rilevazione su cui si concentrano reportistica e *budget* aziendali fanno in parte riferimento al dipartimento ospedaliero di afferenza delle singole specialità e in parte fanno riferimento al distretto, mentre non sono stati ancora prodotti report sistematici per il monitoraggio costante dell'attività dedicati esplicitamente al presidio e alla presa in carico dei pazienti in chiave trasversale e integrata.

14.5 Discussione

14.5.1 Quadro sinottico dei casi

Le esperienze osservate, come atteso, evidenziano elementi comuni e tratti di differenziazione (cfr. Tabella 14.3). Tra gli aspetti comuni segnalati dagli interlocutori, spicca naturalmente il ruolo della programmazione sanitaria nazionale scaturita dal PNRR e dal conseguente DM 77/22, che introducono e

²³ *«si sta molto lavorando sulle Breast Unit e sui follow up delle Breast. Per il resto, al momento non ci sono esperienze importanti di telemedicina»; «[su telemedicina] al momento stiamo facendo follow up anche delle visite».*

fissano standard di massima per le Case della Comunità; da notare, però, che le esperienze di trasformazione di Ferrara e Trani affondano le radici in percorsi di revisione dell'offerta in atto da almeno un decennio e che hanno trovato nei nuovi modelli organizzativi territoriali un archetipo comune a cui tendere. Tra gli altri elementi di somiglianza, dalle interviste e dall'analisi della documentazione aziendale emergono:

- ▶ l'importanza delle analisi epidemiologiche per la decisione dei servizi da localizzare nella CdC, analisi più rilevanti nelle esperienze *ex novo* e/o più orientate al potenziamento dei servizi territoriali di prossimità. Da sottolineare, però, come tali analisi restino sullo sfondo e la fase implementativa resti in tutti i casi molto legata all'offerta di servizi già esistente;
- ▶ in termini di attori, il ruolo propulsivo della Direzione Aziendale e il coinvolgimento degli enti locali nella configurazione, o riconfigurazione, dei servizi;
- ▶ l'assetto organizzativo matriciale, caratterizzato da professionisti che mantengono i precedenti riporti gerarchici di UO/dipartimento; in parallelo, gli interlocutori delineano il distretto come responsabile della committenza e del monitoraggio globale dell'esperienza;
- ▶ l'assenza di un vero e proprio ciclo di programmazione e controllo focalizzato sulla CdC e, conseguentemente, di una reportistica *ad hoc* che sia automatizzata e non costruita di volta in volta sulla base delle necessità conoscitive contingenti.

Allo stesso tempo, emergono rilevanti elementi di differenziazione.

In parte, si tratta di aspetti che appaiono fisiologici, perché legati alle necessità del contesto locale e agli obiettivi strategici della singola esperienza. Ad esempio, in realtà come Fiano e Bresso, l'obiettivo primario sottolineato dagli interlocutori è quello della costituzione di nuovi servizi territoriali per conseguire una maggiore strutturazione e un potenziamento delle attività di assistenza infermieristica per la cronicità, di specialistica ambulatoriale e di integrazione socio-sanitaria. A Fiano l'accento è sull'aumento selettivo dei volumi di alcune specialità interessate da mobilità passiva, a Bresso sui benefici dell'integrazione strutturale; in entrambi i casi, il potenziamento del territorio è molto limitato dalla scarsa disponibilità di professionisti. Allo stesso tempo, la costituzione di servizi *ex novo* è stata facilitata da alcune opportunità di investimento infrastrutturale e tecnologico, dall'assunzione di alcune unità di nuovo personale e da specifiche attività formative. In un contesto con un'offerta territoriale ricca e già strutturata come quello di Ferrara, l'obiettivo primario appare quello dello sviluppo e della reingegnerizzazione dei servizi territoriali già presenti; da un lato, per conseguire una maggiore prossimità spostando attività in ambulatorio e al domicilio grazie alla telemedicina; dall'altro, per

realizzare una migliore segmentazione dell'utenza che accede, per esempio, al CAU (Centro di Assistenza e Urgenza) invece che al PS. In tale realtà i fattori di successo appaiono la sempre maggiore integrazione inter-istituzionale con l'Azienda ospedaliero-universitaria, gli investimenti in tecnologia e in sistemi informativi maggiormente sofisticati e la possibilità di impiegare personale

Tabella 14.3 **Quadro sinottico dei casi analizzati**

Denominazione Struttura e Azienda	CdC Fiano Romano, ASL Roma 4	CdC Cittadella S. Rocco, AUSL Ferrara	CdC Bresso, ASST Nord Milano	CdC-PTA di Trani, ASL BAT
<i>Precedente utilizzo im- mobile</i>	Edificio non utilizzato fino al 2022, poi po- liambulatorio	Ospedale fino al 2012, poi Casa della Salute	Edificio scolastico	Ospedale con degenza ordinaria fino al 2018
<i>Ruolo delle analisi di domanda e offerta su scala locale</i>	Rilevante per configu- razione complessiva servizi CdC	Rilevante per configu- razione complessiva servizi CdC	Rilevante per configu- razione complessiva servizi CdC	Supporto nella riconfi- gurazione di specifiche linee di servizio
<i>Obiettivi strategici CdC</i>	Costituzione <i>ex novo</i> servizi territoriali, ac- cento su espansione selettiva volumi	Sviluppo e reingegneri- zzazione servizi terri- toriali esistenti	Costituzione <i>ex novo</i> servizi territoriali, ac- cento su integrazione	Riconversione ospeda- le con specializzazione servizi
<i>Principali attori della riconfigurazione dei servizi</i>	Direzione azienda- le (ruolo propulsivo), distretto, gruppo di lavoro ASL con parte- cipazione enti locali, MMG, specialisti con- venzionati	Direzione azienda- le (ruolo propulsivo), gruppo di lavoro AUSL, AOU, enti locali, MMG, associazionismo	Direzione azienda- le (ruolo propulsivo), gruppo di lavoro ASST, enti locali, MMG	Direzione aziendale (ruolo propulsivo), di- stretto, dipartimenti
<i>Assetto organizzativo CdC</i>	Matriciale: i professionisti rispondono ai loro riporti gerarchici di UO/dipartimento; committenza in capo al direttore di distretto			
<i>Presenza attuale di ambulatori di MMG all'interno della CdC</i>	No	Sì, due Medicine di gruppo	Sì, 2 MMG	Sì, 10 MMG
<i>Presenza di IFeC</i>	Sì, rilevante	Sì, rilevante	Sì, rilevante	No
<i>Presenza di punti per urgenza a bassa com- plessità (eccetto Conti- nuità Assistenziale)</i>	No	Sì, CAU (Centro Assi- stenza e Urgenza)	No	Sì, PPI (Punto Primo Intervento)
<i>Fattori critici segnalati</i>	Integrazione limitata con MMG	Flussi informativi scar- samente focalizzati sui punti erogativi terri- toriali	Scarsità specialisti di- sponibili, limitata satu- razione capacità	Integrazione limitata con MMG e ridotto ruo- lo infermieristico. Flussi informativi scarsamen- te focalizzati sulla pre- sa in carico
<i>Struttura reportistica</i>	Per unità organizzativa di afferenza dei professionisti distaccati in CdC, non esistenti report dedicati per CdC nella routine dei processi di controllo			
<i>Evoluzioni previste</i>	Rafforzamento inte- grazione con MMG e rafforzamento flussi informativi	Avvio COT e OSCO	Avvio flussi di mo- nitoraggio integrato con sistema regionale (SGDT)	Avvio COT, OSCO e RSA

formato. In parallelo, emerge una sensibilità verso la riduzione dei punti fisici di erogazione del servizio, come le molteplici postazioni della continuità assistenziale. Infine, il PTA e presto CdC di Trani rappresenta un esempio di riconversione di ex presidio ospedaliero. Da un lato, si specializza in alcune branche specialistiche e linee di attività in un'ottica di revisione della rete di offerta aziendale, quest'ultima caratterizzata da più stabilimenti ospedalieri concentrati in un territorio relativamente ristretto, multicentrico e densamente popolato. Dall'altro, mantiene i servizi di prossimità utili in un centro urbano di medie dimensioni, nell'ottica di modificare il profilo di servizio erogato, come la trasformazione da PS a PPI (Punto di Primo Intervento). In questo caso i fattori di successo appaiono la dotazione di competenze e di apparecchiature, con la possibilità di gestire tali *asset* in un'ottica sovra-locale, mentre un limite che traspare dall'esperienza è quello di una logica organizzativa ancora molto incentrata sulla suddivisione per specialità ospedaliere e sui ruoli clinici.

Altri aspetti di differenziazione segnalati dalle interviste, invece, evidenziano i limiti che rendono più difficile, nei singoli territori, l'avvicinamento dei modelli di servizio agli aspetti essenziali fissati dal DM 77/22. Ad esempio, emergono diversi livelli di integrazione con la medicina generale: dalle due medicine di gruppo a Ferrara, a presenze meno numericamente consistenti a Trani e Bresso, fino all'integrazione ancora in fase di avvio a Fiano. Allo stesso modo, mentre nelle tre esperienze del Centro-Nord il ruolo degli infermieri di famiglia e comunità (IFeC) appare rilevante, così come quello degli assistenti sociali, a Trani lo spazio per tali profili risulta ancora ridotto.

14.5.2 I cost driver attivati: visione d'insieme e riflessione sui fabbisogni informativi per il governo dei costi

Sebbene le esperienze rilevate appartengano a quattro realtà profondamente differenti, sia in termini di contesto in cui sono inserite sia in termini di vicende che hanno portato alla loro creazione, è possibile evidenziare alcuni elementi comuni se si guarda ai principali *cost driver* attivati in questa prima fase di attivazione delle Case della Comunità. La sintesi del legame tra le esperienze di attivazione di CdC e la relativa percezione di azione sui *cost driver* è contenuto nella Tabella 14.4, mentre il prospetto dettagliato delle citazioni che permettono tali associazioni logiche è riportato in Appendice (Tabella 14.5). Dalla Tabella 14.4 risulta evidente che, in tutte le esperienze analizzate, i cambiamenti organizzativi hanno agito su un elevato numero di *cost driver*, sia *structural* che *executional*, sebbene con un livello di intensità percepita differente.

In tutte le esperienze vengono segnalate azioni per conseguire *economie di raggio d'azione*, in virtù della sostanziale volontà delle aziende di offrire servizi che siano in grado di rispondere ai fabbisogni emersi dalle analisi epidemio-logiche attivate a supporto dell'avvio delle iniziative. Le *economie di raggio*

Tabella 14.4 **Abbinamento tra cost driver attivati dall'avvio dei nuovi modelli di servizio e casi analizzati: le percezioni degli intervistati**

Categoria di CD	Cost Driver	CdC Fiano Romano – ASL Roma 4	CdC S. Rocco – AUSL Ferrara	CdC Bresso – ASST Mi Nord	CdC-PTA Trani – ASL BAT
Structural	Economie di scala	MEDIO	MEDIO		
Cost Drivers	Economie di raggio d'azione	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
	Economie di apprendimento				
	Tecnologie di produzione lungo la catena del valore	BASSO	ALTO	BASSO	MEDIO
	Complessità di linee produttive	BASSO	ALTO	BASSO	BASSO
Executional Cost Drivers	Commitment della forza lavoro nel miglioramento continuo	MEDIO	ALTO	MEDIO	
	Gestione della qualità	MEDIO	ALTO		
	Utilizzo della capacità produttiva	ALTO	ALTO	BASSO	BASSO
	Efficienza del layout degli impianti	ALTO	ALTO	BASSO	BASSO
	Configurazione di prodotto/servizio	BASSO	ALTO	MEDIO	MEDIO
	Legami con utenti e fornitori	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO

d'azione, peraltro, spesso sono uno dei veicoli che consentono un migliore *utilizzo della capacità produttiva*. Ad esempio, la saturazione degli spazi ambulatoriali con le attività socio-sanitarie a Fiano e Bresso, l'impiego di personale della Continuità assistenziale per la gestione dei pazienti occasionali non urgenti a Ferrara, l'impiego della capacità erogativa installata a Trani su alcune branche specialistiche e diagnostiche in un'ottica di rete aziendale. Allo stesso tempo, una realtà appena avviata come Bresso segnala criticità nella saturazione della logistica produttiva; per esprimersi su questo aspetto in maniera più compiuta sarebbe necessario disporre di dati dettagliati di capacità potenziale e attività effettivamente svolta, e/o di copertura dei costi fissi. Tali metriche, adatte per misurare anche l'impatto delle *economie di scala*, non sono rintracciabili a livello di CdC neanche in quelle realtà (Fiano e Ferrara) che intendono espandere o modificare il *setting* delle attività territoriali per diminuire l'impatto dei costi di struttura in termini di costo medio del servizio.

In tutti i casi analizzati, si osservano esperienze *di introduzione di nuove tecnologie*. Si tratta di applicativi per la televisita e la telerefertazione (Ferrara, e in misura ancora più circoscritta, Trani), del potenziamento delle strumentazioni relative alle specialità per le quali la CdC è sede di riferimento (Fiano), o ancora, dello sviluppo di nuovi sistemi informativi (Bresso). In tutte le realtà osservate, soprattutto quelle aperte *ex novo*, vengono segnalati i benefici di fruire di un immobile appena ristrutturato con il conseguente impatto sull'*efficienza del layout dei servizi*. Investimenti edilizi e tecnologici, oltre alla creazione di sportelli unici come i PUA previsti in tutte le realtà, dovrebbero

inoltre permettere una diminuzione della *complessità delle linee produttive e la riconfigurazione del servizio*. Purtroppo, anche in questi ambiti, a oggi non è possibile ricostruire sistematicamente indicatori che permettano di apprezzare i benefici di tali azioni in termini, ad esempio, di tempi di attesa e attraversamento, di incremento dei pazienti presi in carico per tipologia di servizio, di aderenza terapeutica, di esito clinico e, sul lato economico, di costi medi di presa in carico.

Quasi tutte le realtà segnalano un rafforzamento del *legame con gli stakeholder* («*clienti e fornitori*») nell'ottica di programmare e implementare congiuntamente i nuovi servizi, segnalando progettualità con gli enti locali, ma non mancano esperienze con i cittadini, la medicina generale e convenzionata, le altre aziende sanitarie pubbliche del territorio. In questo ambito dovrebbe essere relativamente semplice osservare indicatori di capacità di risposta al bisogno del sistema locale: *in primis*, indicatori di accesso inappropriato al Pronto Soccorso o all'ospedale per acuti; oppure, trend di mobilità passiva rispetto a singoli servizi, con i relativi costi. Questi indicatori sono reperibili, attraverso elaborazioni *ad hoc*, almeno nelle realtà più strutturate a livello territoriale. Tuttavia, gli interlocutori segnalano la mancanza, a oggi, di flussi informativi di routine utili a monitorare l'impatto specifico delle attività delle Case della Comunità sul bisogno dei rispettivi bacini di utenza. Infine, nessuna delle quattro esperienze segnala indicatori di uscita dal sistema che non si riflettono in costi aziendali, come, ad esempio, consumi in regime privato.

Appaiono più circoscritte, anche se comunque interessanti, le esperienze di formazione che possono stimolare la *gestione della qualità* e il *commitment del personale* verso il miglioramento continuo. In questo senso si segnalano le esperienze di Fiano (*middle management*), Ferrara (IFeC), Bresso (gruppi formativi multidisciplinari). In questo senso, i legami con il livello dei costi risultano più difficilmente apprezzabili; in alcuni casi, potrebbero essere attivati flussi *ad hoc* su aspetti direttamente impattati dalle singole iniziative formative. Non si rilevano, quanto meno nelle percezioni degli interlocutori intervistati, iniziative atte a sfruttare *economie di apprendimento*: il dato non appare sorprendente dal momento che le Case della Comunità rappresentano una novità per tutti i contesti analizzati, quanto meno nella loro formulazione attuale e seppure con gradi di intensità differenti.

Nel complesso, nelle percezioni degli intervistati, i nuovi modelli di servizio impattano, pur con intensità variabile, sulla struttura dei costi, anche se lo spazio di manovra in riduzione o in aumento appare limitato. Allo stesso tempo, ad oggi, in presenza di meccanismi operativi aziendali ancora fortemente orientati alla dimensione verticale (dipartimenti e UUOO), è rara la possibilità di misurare l'impatto effettivo dei nuovi modelli di servizio. Questo aspetto, inevitabilmente, diminuisce anche la rilevanza del nuovo *setting* come tensore organizzativo orizzontale in grado di far convergere, in un'ottica matriciale,

gli sforzi dei responsabili sia delle aree cliniche, sia dei punti di erogazione dei servizi.

14.6 Conclusioni

Il capitolo ha riletto le dinamiche che stanno guidando l'avvio delle Case della Comunità attraverso le lenti degli strumenti che servono a presidiarne l'equilibrio economico. Nello specifico, questo importante processo di trasformazione rappresenta a tutti gli effetti un'innovazione strategica e, in quanto tale, non solo richiede la definizione delle azioni che ne consentono una sua efficace implementazione, ma necessita di una solida analisi delle leve che ne determinano la sostenibilità attuale e prospettica.

Le interviste condotte evidenziano che in tutte le aziende analizzate esiste una diffusa consapevolezza dell'esistenza di una pluralità di *cost driver* attivati o attivabili nella strutturazione e implementazione delle Case della Comunità. Tuttavia, non sempre l'azione sul medesimo *cost driver* è attivata in maniera chiara, univoca o esplicita. Si prenda, ad esempio, il *driver* della complessità delle linee produttive: a parità di azienda sono state ricostruite sia iniziative volte a ridurla, sia scelte potenzialmente in grado di generare maggiore complessità, con il rischio di produrre a tendere un aumento dei costi a causa della necessità di gestire e coordinare una varietà di attività, risorse e interconnessioni. Lo stesso avviene con il *driver* del *commitment* della forza lavoro o l'utilizzo della capacità produttiva.

Se l'attivazione di una pluralità di *driver* è fisiologica, le interviste hanno rivelato una percezione di maggior spazio di azione sui *driver* di tipo *executorial*, che in genere sfruttano opportunità di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse per generare azioni di *cost efficiency*, producendo risultati, però, prevalentemente nel breve periodo. Questo, però, rappresenta un aspetto di differenziazione dei casi analizzati rispetto a quanto codificato dalla letteratura manageriale, che privilegia, per iniziative di questa portata strategica, l'attivazione di *driver* di tipo *structural*, che poi conducono a iniziative di *cost & value alignment* e *cost for business modeling*.

Dalle interviste effettuate, infatti, è emersa una minore consapevolezza diffusa di quali scelte possano influenzare la sostenibilità economica nel medio-lungo periodo. In generale il livello di attenzione ai *driver* di tipo *structural* è più basso e sembrerebbe non essere stata pienamente sfruttata l'opportunità di usare le CdC per allineare la struttura di costo alla strategia. Una possibile ragione di questa evidenza potrebbe risiedere nel fatto che i *driver* di tipo *executorial* lavorano di fatto sull'ottimizzazione dei processi a risorse più o meno date: ora, sebbene attraverso le Case della Comunità vengano immesse nel sistema nuove infrastrutture e tecnologie, non solo permane, ma anzi si accentua

l'ormai nota carenza di personale. E, senza le persone, spazi e tecnologie non bastano per consentire alle le aziende di sperimentare soluzioni che non siano prevalentemente aggiustamenti di breve periodo, che, peraltro, mal si conciliano con le sfide poste dallo scenario macroeconomico. Quali che siano, infine, le ragioni del mancato allineamento tra struttura di costo e modelli organizzativi, appare indubbio che l'implementazione della casa della comunità non sia stata sempre gestita come innovazione strategica aziendale e che i sistemi di controllo non siano stati in grado di produrre informazioni utili a supportare adeguatamente le decisioni connesse a tale innovazione. Ma in assenza di un'adeguata visione strategica e di adeguati meccanismi di controllo aziendali il rischio che la CdC non possa essere messa in condizione di generare i risultati sperati appare elevato.

Non è irrilevante, a tal proposito, la diffusa e preoccupante assenza, non solo nei casi analizzati, ma anche nelle linee guida regionali e nazionali sulle CdC, di un qualunque meccanismo di misurazione delle performance economiche e gestionali di questo nuovo *setting*. Questo non solo impedisce alle aziende di condurre analisi per valutare la bontà delle scelte operate e supportare l'implementazione attraverso processi continui di aggiustamento, ma rende impossibile prevedere gli impatti di tali innovazioni sulla sostenibilità complessiva dell'iniziativa e dell'azienda nel breve e nel medio-lungo periodo. Ad oggi, a parità di efficacia attesa, non è chiaro, ad esempio, quanto spingere sul *driver* della tecnologia e/o su quello delle economie di raggio di azione; se in taluni contesti non sia meglio attivare subito la leva del *layout* degli impianti e in altri prediligere quello dell'utilizzo della capacità produttiva; se sia possibile lavorare sul *commitment* della forza lavoro e attraverso quali risorse. In sintesi, non esistono *what if analysis* o altri strumenti in grado di supportare scelte che solo in parte mostrano i loro effetti nel breve e che certamente condizioneranno gli spazi di azione gestionale e le risorse disponibili nel lungo periodo. La sostanziale assenza di misure, in sintesi, fa sì che i meccanismi di controllo non siano in grado di svolgere il proprio ruolo di orientamento dei comportamenti anche attraverso meccanismi formali di responsabilizzazione economica. Tale limite risulta peraltro legato alla tradizionale difficoltà, documentata anche dalle recenti *survey* (Dossi *et al.*, 2022), dei sistemi di controllo di evolvere verso la misurazione di oggetti trasversali (processi di erogazione dei servizi e di presa in carico dei pazienti) rispetto alle tradizionali articolazioni organizzative. La lettura dei casi ha mostrato come tale evoluzione, nel caso delle CdC sarebbe non solo necessaria ma neanche insufficiente, caratterizzandosi le CdC per la necessità di abbracciare un'ottica di misurazione e lettura dei risultati addirittura interaziendale o interistituzionale.

Appare, pertanto, necessario attivare una seria riflessione su come modificare il modello di controllo in termini di oggetti, misure e flussi informativi per supportare sia la fase di pianificazione, sia quella di responsabilizzazione e

controllo. Tale modifica dipenderà chiaramente dalla natura ultima che assumeranno le case della comunità.

- ▶ Se, come in questo momento, le CdC continueranno ad essere operativamente declinate in logica *supply oriented*, con spazi e tecnologie proprie e personale sanitario prevalentemente preso in prestito a chiamata da articolazioni organizzative ospedaliere o dalle cure primarie, sarà necessario attivare sistemi di controllo che siano in grado di responsabilizzare sulla coerenza tra le risorse proprie e quelle «prese in prestito» e, poi, tra il combinato disposto delle due e le prestazioni erogate. Questo richiederebbe, tra le altre cose, l'attivazione di strumenti contabili gestionali in grado di tracciare anche il valore associato alle transazioni interne tra setting diversi, in modo da consentire una piena responsabilizzazione delle Case della Comunità sul mix delle risorse utilizzate per le prestazioni rese e da dare evidenza del contributo che le UU.OO ospedaliere danno al funzionamento delle CdC.
- ▶ Se, come auspichiamo, le CdC ambiranno a rappresentare un tensore orizzontale sia in termini organizzativi che di presa in carico, allora l'oggetto ultimo di misurazione e responsabilizzazione non può essere il setting *stand alone* né tanto meno le prestazioni, ma il macro-processo della presa in carico (che taglia trasversalmente i *setting*) e il governo veri e propri budget di salute. Questo richiederebbe non solo un aggiustamento dei sistemi contabili direzionali, ma un ripensamento globale dei sistemi di controllo di gestione in una logica *process oriented*, portando a livello di CdC metriche globali di sostenibilità, appropriatezza, efficacia e qualità complessive della presa in carico.

Quale che sia la scelta, sarà necessario un grande salto di qualità nei sistemi di controllo in uso nelle aziende sanitarie pubbliche, sistemi che nell'ultimo ventennio hanno progressivamente perso la loro spinta gestionale e la loro capacità di lettura dei fenomeni aziendali, anche in virtù di una serie di criticità che sono tipiche di questo settore.

- ▶ Il settore sanitario genera una grande quantità di dati, provenienti da diverse fonti e sistemi. La complessità di questi dati può rendere difficile l'identificazione e l'analisi dei costi e dei correlati driver di sostenibilità in modo accurato e tempestivo.
- ▶ Esiste una mancanza di standardizzazione nelle scelte di contabilità e di registrazione dei costi tra le diverse strutture sanitarie. Ciò rende difficile il confronto diretto dei costi e la creazione di *benchmark* affidabili che possano meglio i processi decisionali.
- ▶ L'adozione di nuovi strumenti di governo strategico dei costi richiede un cambiamento culturale e organizzativo. La resistenza al cambiamento da

parte del personale sanitario e della dirigenza può rappresentare una sfida significativa.

- ▶ L'integrazione dei sistemi di gestione dei costi con altri sistemi sanitari, come i sistemi di gestione delle informazioni cliniche, può essere complessa e richiedere un'attenta pianificazione e coordinazione.
- ▶ È importante valutare l'efficacia degli strumenti di governo strategico dei costi per garantire che stiano effettivamente producendo i risultati desiderati. La misurazione e la valutazione dei risultati possono essere complesse e richiedere un monitoraggio continuo.

Affrontare queste criticità richiede un impegno a lungo termine, una collaborazione tra diverse aree aziendali e tra livelli istituzionali differenti e il definitivo superamento di una certa logica incrementale che ha permeato i sistemi di controllo nell'ultimo ventennio. E, ben più importante, richiede alle aziende che si riappropriino pienamente delle prerogative di utilizzo della leva strategica nei processi di cambiamento.

14.7 Bibliografia

- Aielli, M. (2012), *Contenere i costi: Una via per crescere senza troppe rinunce*, Egea, Milano.
- Armeni, P., Borsoi, L., Notarnicola, E., & Rota, S. (2022), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale», *Rapporto OASI 2022*, pp. 93-150, Egea, Milano.
- Anderson, S.W. (2007), «Managing Costs and Cost Structure throughout the Value Chain: Research on Strategic Cost Management», In Chapman C.S., Hopwood A.G., Shields M.D. (Eds), *Handbook of Management Accounting Research*, Elsevier, Boston.
- Banker, R., & Johnston, H. (2007), «Cost and profit driver research», *Handbooks of Management Accounting Research*, 2, pp. 531-556.
- Bergamaschi, M., Morelli, M., & Lecci, F. (2010), «Il cost management delle attività no core nelle aziende sanitarie», *ECONOMIA & MANAGEMENT*, (3), pp. 99-115.
- Cokins, G. (1999), «Using ABC to become ABM», *Journal of Cost Management*, Jan-Feb.
- Cooper, R., Kaplan, R.S. (1998), *The Design of Cost Management Systems: Text, Cases and Readings*, Prentice-Hall, Engle wood Cliffs.
- Del Vecchio, M., Giudice, L., Preti, L. M., Rappini, V. (2022), «Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione», *Rapporto OASI 2022*, pp. 407-432, Egea, Milano.
- Dossi A., Furnari A., Lecci F., Morelli M., Santoli E. (2022), «PNRR e modelli

- di servizio in trasformazione: esame di maturità per i sistemi di programmazione e controllo delle aziende del SSN», *Rapporto OASI 2022*, Egea, pp.643-671.
- Hansen, D.R., Mowen, M.M. (2006), *Cost Management: Accounting and Control*, Thomson, South-Western.
- Morelli, M., & Lecci, F. (2011), «Governare i costi e cambiamento aziendale. La lunga strada verso l'integrazione», *Mecosan*, 20(80), pp. 59-75.
- Longo, F., & Ricci, A. (2022), «La divaricazione tra narrazioni ed evidenze e l'aumento dell'autonomia implicita del management del SSN», *Rapporto OASI 2022*, pp. 3-33, Egea, Milano.
- Lord, B. R. (1996), «Strategic management accounting: the emperor's new clothes?», *Management accounting research*, 7(3), pp. 347-366.
- Porter, M. E. (1985), *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*, The Free Press, New York.
- Riley, D. (1987), «Competitive Cost Based Investment Strategies for Industrial Companies», *Manufacturing Issues*, Booz Allen and Hamilton, New York.
- Shank, J. K. (1989), «Strategic cost management: new wine or just old bottles?», *Journal of Management Accounting Research*, Fall.
- Shank, J. K., Govindarajan, V. (1993), *SCM. The new tool for competitive advantage*, The Free Press, New York.
- Silvi, R. (1997), «Il cost management: obiettivi, logiche e modelli di analisi», In Farneti G., Silvi R. (a cura di), *L'analisi e la determinazione dei costi nell'economia delle aziende*, Giappichelli Editore, Torino.
- Marasca S., Silvi R. (2004), *Sistemi di controllo e cost management tra teoria e prassi*, Giappichelli Editore, Torino.
- Tomkins, C., Carr, C. (1996), «Reflections on the paper in this issue and a commentary on the state of strategic management accounting», *Management Accounting Research*, Vol. 7 (2).
- Yin, R.K. (2013), *Case Study Research: Design and Methods*, 5th edition, Thousand Oaks, Sage Publications.

14.8 Appendice

La Tabella 14.5 contiene le citazioni estratte dalle trascrizioni delle interviste condotte durante l'analisi, sistematizzate in modo da mostrare quali driver di costo siano stati attivati dalle varie strutture. La sintesi e l'analisi dei risultati emersi da tale elaborazione è presentata all'interno del testo del capitolo nella Tabella 14.4.

Tabella 14.5 **Cost drivers e quotes dalle interviste: visione d'insieme**

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Structural Cost Driver	<p>Economie di scala</p> <ul style="list-style-type: none"> – “È chiaro che l'incremento di ore di specialistica su una determinata branca in un determinato momento crea un aumento della produzione” – “Potenziando quelle che sono vi ripeto tutta quella che è la diabetologia piuttosto che l'assistenza cardiologica o quant'altro” – “Potenziare le l'offerta su branche strategiche, quindi per quanto riguarda puramente specialistica ambulatoriale e ovviamente dotando di attrezzature e strumenti idonei immobili che magari comuni avevano in disuso o quant'altro che mi hanno messo a disposizione delle Asl” – “La riduzione della mobilità in certe branche ci consente comunque di migliorare la struttura dei presidi, nel senso, comunque noi siamo una Asl, quindi in realtà di non peggiorare la mobilità passiva” 	<p>Economie di scala</p> <ul style="list-style-type: none"> – “Adesso col PNRR metteremo anche un osco dentro Cittadella San Rocco” – “Su 50 infermieri di comunità: 30 e 20, diciamo 20, sono stati assunti ex novo” – “Allora sì, dentro Cittadella San Rocco, allora il cau da H 12 diventerà prima h 16 e poi h 24 entro l'anno e questo già è una cosa importante” – “Poi chiudiamo due o tre punti di continuità assistenziale, aumentiamo le ore di ambulatorio e costruiamo tutto un ragionamento di questo tipo” 	<p>Economie di scala</p> <ul style="list-style-type: none"> – “[...] il fatto dell'integrazione con l'assistente sociale del comune perché il fatto che sia qua presente facilita il fatto che, essendo giovani che loro o possano vedere casi sociali in situazioni sanitarie, in situazioni sociali e comincino a comunicarsi tra di loro” 	<p>Economie di scala</p> <ul style="list-style-type: none"> – “[riferito alla CdC] Poi abbiamo un'attività chirurgica perché abbiamo un service chirurgico, un day surgery ospedaliero, un'attività anestesiologica, chirurgica, specialistica, che si aggiunge alla chirurgia ordinaria”
Economie di raggio d'azione	<ul style="list-style-type: none"> – “A queste branche poi abbiamo rivisto insomma l'offerta dei servizi già presenti, razionalizzando quelli che sono l'utilizzo degli spazi per offrire altri servizi che non erano presenti, insomma. In principal modo quelli che vi dicevo, insomma, socio sanitari. Cioè noi abbiamo destinato, faccio solo un esempio, 	<ul style="list-style-type: none"> – “Gli infermieri di famiglia, [...] per esempio, vanno anche su ADI” – “Quello dell'oncologia territoriale, nel senso che abbiamo aperto un ambulatorio che dovrebbe funzionare, stiamo per inaugurarlo e soprattutto 2-3 giornate alla settimana dove noi abbiamo identificato una lista di terapie sia sottocute, 	<ul style="list-style-type: none"> – “[...] il fatto dell'integrazione con l'assistente sociale del comune perché il fatto che sia qua presente facilita il fatto che, essendo giovani che loro o possano vedere casi sociali in situazioni sanitarie, in situazioni sociali e comincino a comunicarsi tra di loro” 	<ul style="list-style-type: none"> – “[riferito alla CdC] Poi abbiamo un'attività chirurgica perché abbiamo un service chirurgico, un day surgery ospedaliero, un'attività anestesiologica, chirurgica, specialistica, che si aggiunge alla chirurgia ordinaria”

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Structural Cost Driver	<p>il sabato mattina per gli incontri con le famiglie perché sappiamo che il poliambulatorio la mattina era aperto ma non utilizzato per il 90% degli spazi"</p>	<p>qualcuna in vena e orale, che possono essere effettuate presso la casa della Comunità, quindi prendendo in carico i pazienti che andavano in ospedale"</p>	<p>"L'ambulatorio infermieristico fa tantissime cose, un monitoraggio parametri vitali, abbiamo laboratorio, terapia educativa, prevenzione piede diabetico, monitoraggio glicemia, autocontrollo, somministrazione terapia insulinica, prevenzione delle distrofie e stiamo lavorando sulla gestione della cronicità, perché poi uscirà il nuovo DGR"</p>	<p>"[riferito alla CdC] E poi abbiamo tutti i servizi distrettuali, quindi consultorio ambulatori, servizi, servizi di base del distretto, di sportelli base dei cittadini. E poi che altro abbiamo? Il servizio farmaceutico all'interno della stessa struttura, il farmaceutico territoriale"</p>
Driver	<p>Economie di apprendimento</p>	<p>Economie di apprendimento</p>	<p>Economie di apprendimento</p>	<p>Economie di apprendimento</p>
Strategie di produzione	<p>– "Potenziare le offerte su branche strategiche, quindi per quanto riguarda puramente specialistica ambulatoriale e ovviamente dotando di attrezzature e strumenti idonei"</p>	<p>– "Si fa tanta telemedicina, ci sono gli infermieri di famiglia e di comunità"</p> <p>– "La telemedicina e il l'ambulatorio di emergenza territoriale"</p> <p>– "Ad esempio loro si occupano di telemedicina, ad esempio su Cittadella San Rocco stiamo facendo ormai da un anno un progetto di telemedicina del paziente diabetico per cui i pazienti che vanno a fare l'esame, quindi in presenza in una Casa della Salute della provincia che viene letto l'esame viene letto dall'oculista che è dentro Cittadella San Rocco"</p>	<p>– "SGDT sta implementando anche loro, stanno implementando questo cruscotto al quale hanno dato l'accesso solo a pochi, però ce la faremo ad arrivare anche a quello. E stiamo analizzando proprio tutti i dati che vengono inseriti in questo sistema digitale territoriale."</p>	<p>– "Si in radiologia la risonanza magnetica è nuova, sì. Tutta la radiologia è stata riorganizzata da un punto di vista strutturale e la risonanza magnetica nuova e di livello avanzato"</p> <p>– "Si sta molto lavorando sulle Breast Unit e sui follow up delle breast unit. Per il resto, al momento non ci sono esperienze troppo importanti di telemedicina"</p> <p>– "[su telemedicina] al momento stiamo facendo follow up importanti anche delle visite"</p>

Structural Cost Driver	Driver	ASL Roma 4	ASL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
	Tecnologie di produzione lungo la catena del valore		<p>– “E quello è il modello, cioè loro che sono il team telemedicina, loro praticamente mappano tutto e fanno procedure per tutto ciò che però è tutto replicabile. Per cui se io la faccio per San Rocco, la vale anche per Comacchio, nel senso che per noi sono una rete, cioè sono un tutt'uno”</p> <p>– “Sistema patch che conoscete, penso come deviazione delle immagini dove la stessa oculista, essendo distante in una struttura comunque distante, ha proprio tecnologicamente una postazione che può referare quella immagine che è stata eseguita da un'altra parte e con questa archiviazione, quindi con questi standard che ci assicurano sicurezza e assolutamente con tutta la procedura di corretta identificazione del paziente” – “Disorso degli ECG, c'è da anni sul T18, per cui alla fine la Tele referazione degli ECG noi l'abbiamo iniziata anche posizionando il macchinario con un'infermiera in una casa della Comunità e poi il cardiologo nell'ospedale dicendo refera gli ECG di tutte le Case della Comunità, cioè questa era un po' l'idea, però partire con la cardiologia, certamente più semplice o con la diabetologia”</p>		

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Structural Cost Driver				
Driver				
Tecnologie di produzione lungo la catena del valore		<ul style="list-style-type: none"> – “Poi [la teleferfertazione] man mano la stiamo estendendo a un po’ a tutte le discipline, anche quelle della riabilitazione” – “[telemedicin] per visite di controllo, chiaramente, sempre precedute da visite in presenza” – “Ad un bando PNRR sull’inclusione sociale e questa è una cosa proprio aziendale, non è mediata dalla regione. Uno di questi è sulla teler-riabilitazione” 		
Complessità di linee produttive	<ul style="list-style-type: none"> – Attivazione del PUA (da carta dei servizi) 	<ul style="list-style-type: none"> – “Anche Cittadella San Rocco, adesso con il pnr dentro avrà anche un OSCO, poi ci sarà la COT per cui sarà tutto insieme” – “Moltissime unità operative a carattere territoriale, molte delle quali sono anche presenti a Cittadella San Rocco, ad esempio, abbiamo le malattie infettive territoriali, la psicologia clinica e di comunità, anche quella con un direttore, la nutrizione clinica, la pneumologia territoriale e la riabilitazione territoriale” – “Sistema see and treat nell’ambito dei quattro pronto soccorso. Adesso quello di Argenta partirà a settembre, però anche il see and treat va sempre di pari passo, nel senso che la presa in carico infermieristica dei codici di bianchi e verdi che si recano in ospedale secondo determinati protocolli precostituiti” 	<ul style="list-style-type: none"> – “La nostra Casa della Comunità si fonda su una vera e propria integrazione. Come avete visto abbiamo l’assistente sociale comune, due medici di medicina generale all’interno della casa della comunità, di cui uno è AFT, e poi gli infermieri di famiglia e di comunità. Formalmente ne abbiamo 8 e i PUA sono composti da infermieri di famiglia e di comunità” 	<ul style="list-style-type: none"> – “Tutta la assistenza chirurgica, tutta l’attività chirurgica risponde a questa esigenza per cui in sala operatoria si alternano delle discipline diverse dell’ortopedia alla chirurgia di base che alleggeriscono l’attività ospedaliera più importante che viene mantenuta nei due presidi più importanti che abbiamo che sono Andria e Barletta”

	Driver	ASL Roma 4	ASL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Structural Cost Driver	Complessità di linee produttive		<ul style="list-style-type: none"> - "Ad esempio loro si occupano di telemedicina, ad esempio su Cittadella San Rocco stiamo facendo ormai da un anno un progetto di tele-lerinografia del paziente diabetico per cui i pazienti che vanno a fare l'esame, quindi in presenza in una Casa della Salute della provincia che viene letta l'esame viene letto dall'oculista che è dentro Cittadella San Rocco" - "Discorso degli ECG, c'è da anni sul 118, per cui alla fine la Tele-refertazione degli ECG noi l'abbiamo iniziata anche posizionando il macchinario con un'infermiera in una casa della Comunità e poi il cardiologo nell'ospedale dicendo referta gli ECG di tutte le Case della Comunità, cioè questa era un po' l'idea, però partire con la cardiologia, certamente più semplice o con la diabetologia" 		
Execuational Cost Driver	Commitment della forza lavoro nel miglioramento continuo	<ul style="list-style-type: none"> - "Ovviamente un interlocutore principale è il rappresentante degli MMG soprattutto su Fiano, nonché assessore alla salute del Comune di Fiano, quindi in realtà c'è uno che è peraltro membro di uno studio associato tra i più grandi del territorio, quindi di fatto avendo partecipato lui stesso alla progettazione è chiaramente particolarmente spinto a utilizzare i servizi della 	<ul style="list-style-type: none"> - "La cardiologia, i cardiologi sono più abituati, sono più digitalizzati e sono più abituati a un ragionamento di questo tipo" - "Per quanto riguarda le professioni infermieristiche, è chiaro che sono infermieri che sono stati formati anche all'urgenza, non al triage. Non c'è triage, però sì, per cui sono e però e personale del dipartimento cure primarie" 	<ul style="list-style-type: none"> - "Quindi gli MMG. Per noi è stato un gran successo averli qui, ma non è un gran successo averli fisicamente nella Case della Comunità, ma stiamo costruendo con loro dei gruppi di miglioramento formativi, per fare in modo di costruire con loro i percorsi" 	

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Driver	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Executional Cost Driver	<p>Casa della Comunità. Insomma, quello secondo me è un'altra sfida molto forte. Coinvolgere i medici di base. Cioè comunque vanno coinvolti e senza il coinvolgimento dei medici di base si rischia di creare delle strutture poi inutilizzate"</p> <p>– "Però la figura del direttore di distretto è fondamentale. Fondamentale la sua formazione e ci abbiamo speso tanto tempo ed energie per tutti in questa fase per formare i direttori di distretto e tutte le strutture territoriali"</p>	<p>– "Per gli infermieri di famiglia e di comunità abbiamo fatto praticamente dei bandi interni e abbiamo chiesto la disponibilità a diventare infermiere di famiglia e di comunità, effettuando un percorso formativo che abbiamo certificato all'interno dell'azienda e adesso abbiamo anche attivato un master di primo livello"</p> <p>– "L'azienda ha messo in piedi insieme all'unità di Ferrara questo master di primo livello per infermiere di famiglia e di comunità e sponsorizza anche in parte la quota di iscrizione".</p>	<p>– "La formazione, e qui faccio un'altra parentesi, ve lo dicevo prima per gli sportelli polifunzionale, come i giovani amministrativi che stiamo assumendo cominciano ad avere una formazione trasversale, quindi su tutti i vari aspetti, le varie attività, che poi coinvolgono diversi processi"</p>	
Gestione della qualità	<p>– "Miglioramento dell'assistenza perché poi si riesce a seguire il paziente anche con strutture della Asl o comunque con strutture del sistema sanitario collegate"</p>	<p>– "Sistema see and treat nell'ambito dei quattro pronto soccorso. Adesso quello di Argenta partirà a settembre, però anche il see and treat va sempre di pari passo, nel senso che la presa in carico infermieristica dei codici di bianchi e verdi che si recano in ospedale secondo determinati protocolli precostituiti"</p>		
Utilizzo della capacità produttiva	<p>– "Destinare anche degli spazi a per frazioni di giorni per ore definite, per magari il sabato ad attività sociali e socio sanitarie"</p>	<p>– "Per cui dentro Cittadella Sanocco ci sono medici che poi vanno anche sugli ospedali distrettuali, quindi diciamo che il collegamento è molto forte"</p>	<p>– "Ogni casa della comunità ha un dirigente della casa della comunità che investe il proprio tempo fisicamente nella casa della comunità da un terzo a un quinto, per ottimizzare i costi"</p>	<p>– "I medici girano: per esempio, che ne so, ora sono in ospedale a Barletta in questo momento l'ortopedico di Barletta spesso per fare dei piccoli interventi"</p>

Driver	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
<p>Execuational Cost Driver</p>	<p>Utilizzo della capacità produttiva</p> <p>– “A queste branche poi abbiamo rivisto insomma l’offerta dei servizi già presenti, razionalizzando quelli che sono l’utilizzo degli spazi per offrire altri servizi che non erano presenti, insomma. In principal modo quelli che vi dicevo, insomma, socio sanitari. Cioè noi abbiamo destinato, faccio solo un esempio, il sabato mattina per gli incontri con l’assistenza sociale perché sappiamo che il poliambulatorio la mattina era aperto ma non utilizzato per il 90% degli spazi”</p> <p>– “L’acquisizione di nuove ore di specialistica e comunque già erano a budget era semplicemente che non erano assegnate”</p>	<p>– “Per cui dentro Cittadella San Rocco ci sono medici che poi vanno anche sugli ospedali distrettuali, quindi diciamo che il collegamento è molto forte”</p> <p>– “Allora sì, dentro Cittadella San Rocco, allora il cau da H 12 diventerà prima h 16 e poi h 24 entro l’anno e questo già è una cosa importante”</p> <p>– “Poi chiudiamo due o tre punti di continuità assistenziale, aumentiamo le ore di ambulatorio e costruiamo tutto un ragionamento di questo tipo”</p>	<p>– Edificio nuovo, ristrutturato ad hoc per la CdC, con moderna concezione spazi (informazioni, accettazione e PUA subito individuabili e fruibili a piano terra..) – DA SOPRALLUOGO il cittadino non cambia niente”</p>	
<p>Efficienza del layout degli impianti</p>	<p>– “Noi ad esempio abbiamo una Casa della Comunità a Fiano che ha 6 km da un’altra Casa della Comunità a Capena. Anche questo è programmazione, nel senso che alcuni servizi che noi abbiamo a Capena e comunque soprattutto di diagnostica e altro, nonostante il DM 77 preveda una presenza di determinati strumenti, abbiamo optato per mantenerli su Capena”</p> <p>– “Col supporto appunto della del consorzio e abbiamo individuato 21 aree di possibile integrazione con loro, queste a scacchiera le abbiamo attivate, le attiveremo poi su tutte le Case della Comunità per territorio”</p>	<p>– “Anche Cittadella San Rocco, adesso con il pnr dentro avrà anche un OSCO, poi ci sarà la COT per cui sarà tutto insieme”</p> <p>– “Discorso degli ECG, c’è da anni sul 118, per cui alla fine la Tele referazione degli ECG noi l’abbiamo iniziata anche posizionando il macchinario con un’infermiera in una casa della Comunità e poi il cardiologo nell’ospedale dicendo referta gli ECG di tutte le Case della Comunità, cioè questa era un po’ l’idea, però partire con la cardiologia, certamente più semplice o con la diabetologia”</p>	<p>– Edificio nuovo, ristrutturato ad hoc per la CdC, con moderna concezione spazi (informazioni, accettazione e PUA subito individuabili e fruibili a piano terra..) – DA SOPRALLUOGO il cittadino non cambia niente”</p>	

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Driver	<p>– “Una struttura vuota, però comune di moderna concezione, nel senso che comunque uno stabile nuovo è stato ristrutturato dalla proprietà, perché quello non è nostro e per accogliere servizi sanitari”</p>	<p>– “Abbiamo un punto unico di ricezione telefonica in tutta la provincia e non più 50 numeri, ma 15 numeri sparsi nelle varie sedi della comunità assistenziale”</p>	<p>– “La nostra Casa della Comunità si fonda su una vera e propria integrazione. Come avete visto abbiamo l’assistente sociale comune, due medici di medicina generale all’interno della casa della comunità, di cui uno è AFT, e poi gli infermieri di famiglia e di comunità. Formalmente ne abbiamo 8 e i PUA sono composti da infermieri di famiglia e di comunità”</p>	<p>– “[riferito alla CdC] Abbiamo una radiologia abbastanza importante con risonanza magnetica, insomma, una radiologia di peso”</p> <p>– “Si sta molto lavorando sulle Breast Unit e sui follow up delle breast unit. Per il resto, al momento non ci sono esperienze troppo importanti di telemedicina”</p> <p>– “[su telemedicina] al momento stiamo facendo follow up importanti anche delle visite”</p>
Executional Cost Driver	<p>– “Destinare anche degli spazi a porzioni di giorni per ore definite, per magari il sabato ad attività sociali e socio sanitarie”</p> <p>– Attivazione del PUA (da carta dei servizi)</p>	<p>– “Chiamato prima ABC adesso CAU, nel senso che c’è un ambulatorio in questo momento è h 12 ma dovrà diventare h 16 di emergenza territoriale”</p> <p>– “Quello dell’oncologia territoriale, nel senso che abbiamo aperto un ambulatorio che dovrebbe funzionare, stiamo per inaugurarli e soprattutto 2-3 giornate alla settimana dove noi abbiamo identificato una lista di terapie sia sottocute, qualcuna in vena e orale, che possono essere effettuate presso la casa della Comunità, quindi prendendo in carico pazienti che andavano in ospedale”</p> <p>– “Sistema see and treat nell’ambito dei quattro pronto soccorso. Adesso quello di Argenta partirà a settembre, però anche il see and treat va sempre di pari passo, nel senso che la presa in carico infermieristica dei codici di bianchi e verdi che si recano in ospedale secondo determinati protocolli precostituiti”</p> <p>– “[telemedicina] per visite di controllo, chiaramente, sempre precedute da visite in presenza”</p>	<p>– “Formalmente ne abbiamo 8 e i PUA sono composti da infermieri di famiglia e di comunità”</p> <p>– “[...] il fatto dell’integrazione con l’assistente sociale del comune perché il fatto che sia presente facilita il fatto che, essendo giovani che loro o possano vedere casi sociali in situazioni sanitarie, in situazioni sociali e comincino a comunicarsi tra di loro”</p>	<p>– “[su telemedicina] al momento stiamo facendo follow up importanti anche delle visite”</p>

	Driver	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Execuational Cost Driver	Legami con clienti e fornitori	<ul style="list-style-type: none"> - "Infatti, da poco abbiamo siglato un accordo, o meglio stiamo siglando un accordo con il Sant'Andrea proprio per la gestione dei pazienti" - "Miglioramento dell'assistenza perché poi si riesce a seguire il paziente anche con strutture della Asl o comunque con strutture del sistema sanitario collegate" - "Una Survey rispetto agli utenti che frequentavano già il poliambulatorio di Fiano per capire come si muoveranno, se a piedi o in macchina" - "C'è l'inserimento in una rete gestita appunto dal primario di diabetologia di Civitavecchia. Quindi comunque sumaiati, ma all'interno di una rete. E ci sono altre figure nel senso sicuramente ci sono la parte di TSMREE, quindi tutti psichiatri infantili, piuttosto che per gli altri, cioè sono diversi, ci sono diverse figure" - "La riduzione della mobilità in certe branche ci consente comunque di migliorare la struttura dei presidi, nel senso, comunque noi siamo una Asl, quindi in realtà di non peggiorare la mobilità passiva" 	<ul style="list-style-type: none"> - Una buona integrazione anche con gli enti locali, con le associazioni di volontariato, con tutto il terzo settore" - "Lo scopo è comunque di aumentare la possibilità di raggiungere il più possibile i pazienti senza farli muovere o quando non ce n'è bisogno" - "Adesso che abbiamo aperto il CAU a Cittadella San Rocco, che è la centrale per l'emergenza territoriale, per l'assistenza, praticamente una centrale assistenziale per cui è un qualcosa di territoriale dentro il dipartimento delle cure primarie, però, viene molto ben accettato da tutti, perché è dentro questa casa della Comunità che adesso io non sono di Ferrara, ma immagino che per un ferrarese è un qualcosa di che appartiene proprio alla storia" 	<ul style="list-style-type: none"> - "Quindi gli MMG. Per noi è stato un gran successo averli qui, ma non è un gran successo averli fisicamente nella Casa della comunità, ma stiamo costruendo con loro dei gruppi di miglioramento formativi, per fare in modo di costruire con loro i percorsi" - "[...] il fatto dell'integrazione con l'assistente sociale del comune perché il fatto che sia qua presente facilita il fatto che, essendo giovani, possano vedere casi sociali in situazioni sanitarie, in situazioni sociali e comincino a comunicarsi tra di loro" - "Altro elemento molto importante è il fatto che noi abbiamo creato questo meccanismo di coordinamento con ARIA di SGGT, ossia ogni mese noi ci incontriamo a livello strategico con i rappresentanti di SGGT" 	

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Executional Cost Driver	Legami con clienti e fornitori			
	<p>– “Ovviamente un interlocutore principale è il rappresentante degli MMG soprattutto su Fiano, nonché assessore alla salute del Comune di Fiano, quindi in realtà c'è uno che è peraltro membro di uno studio associato tra i più grandi del territorio, quindi di fatto avendo partecipato lui stesso alla progettazione è chiaramente particolarmente spinto a utilizzare i servizi della Casa della Comunità. Insomma, quello secondo me è un'altra sfida molto forte. Coinvolgere i medici di base. Cioè comunque vanno coinvolti e senza il coinvolgimento dei medici di base si rischia di creare delle strutture poi inutilizzate”</p>			