

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



10 Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione

di Mario Del Vecchio, Laura Giudice, Luigi M. Preti, Valeria Rappini¹

10.1 Premessa

Negli ultimi anni il nostro SSN è stato caratterizzato da una crescente attenzione alle forme di erogazione «fuori dall'ospedale» e, in particolare, al modello di erogazione della Casa della Salute (CdS) come fulcro dell'erogazione dei servizi territoriali. Alcuni recenti tentativi di mappatura ne hanno mostrato la progressiva diffusione in un quadro molto ampio e diversificato di realizzazioni (Morando *et al.*, 2017; CREA 2020; Del Vecchio *et al.*, 2021; Camera dei Deputati, 2021).

Il potenziamento dell'assistenza territoriale è un'esigenza avvertita da lungo tempo, ma gli ultimi due anni, caratterizzati dalla emergenza pandemica, hanno generato una notevole pressione su tutti i servizi sanitari regionali affinché si realizzasse un definitivo cambio di paradigma. A dimostrazione di questa rinnovata centralità, il governo italiano ha previsto, nell'ambito della Missione 6 del PNRR, che un'intera componente fosse dedicata alle «reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale», nei cui obiettivi generali compaiono il potenziamento del SSN, «allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti», e il rafforzamento delle «strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari». Tale ambito si concretizzerà attraverso una riforma complessiva del sistema di assistenza territoriale e domiciliare e tre distinte linee di investimento: le Case della Comunità (CdC) e la presa in carico della persona; la «Casa come primo luogo di cura» e la telemedicina; il rafforzamento dell'assistenza intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità, OdC).

¹ Il capitolo è frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 10.4.2 e 10.4.3 possono essere attribuiti a Laura Giudice, i §§ 10.2, 10.3, 10.4.1, 10.4.4 a Luigi Preti, i §§ 10.1 e 10.5 a Valeria Rappini e il § 10.6 a Mario Del Vecchio. Si ringraziano gli partecipanti ai focus group, i referee anonimi e in particolare gli intervistati, in ordine alfabetico: Antonio Brambilla, Imma Cacciapuoti, Giorgio Casati, Simona Dei, Achille Di Falco, Pippo Noto, Guglielmo Pacileo, Maria Beatrice Stasi e Luigi Vercellino.

A differenza di quanto avvenuto nel passato per lo sviluppo delle CdS, in questa nuova fase è rilevante il ruolo del livello nazionale nella programmazione e definizione degli standard. Dopo un lungo percorso di negoziazione tra i diversi attori coinvolti (Ministero, AGENAS, Conferenza Stato-Regioni), nel giugno 2022 è entrato in vigore il nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale (Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77), che introduce, per la prima volta, standard strutturali, organizzativi (in termini di personale e servizi da erogare) e tecnologici omogenei.

L'approccio, orientato a fissare un punto di partenza progettuale uniforme, definito dal governo centrale e condiviso a livello regionale, stabilisce dunque una novità rilevante nella modalità con cui le politiche dell'assistenza territoriale sono state fin qui adottate nel nostro Paese. È altrettanto vero che ricade sulle diverse realtà regionali e aziendali la sfida di declinare in maniera coerente ed efficace le indicazioni nel proprio contesto territoriale di riferimento.

In merito a questo compito, si riveleranno determinanti due ordini di questioni: il primo riguarda l'entità degli aggiustamenti richiesti rispetto alle esperienze pre-esistenti e all'effettivo grado di determinatezza e coerenza del modello disegnato a livello centrale; il secondo riguarda invece la concreta capacità attuativa, tanto del livello regionale quanto di quello aziendale, considerando che tutti gli interventi previsti dalla riforma dovranno trovare attuazione con le risorse disponibili a legislazione vigente.

L'approccio di analisi che si è scelto di utilizzare nel presente studio deriva dall'*Implementation Research*, che definisce l'implementazione come il processo, attivo e pianificato, di messa in pratica di un intervento all'interno di un'organizzazione e può riguardare sia i fattori che influiscono sull'implementazione, che il processo di implementazione stesso (come fase del *policy cycle*) o i risultati che da esso ne derivano (Sabatier, 1986; Greenhalgh *et al.*, 2004; Rabin *et al.*, 2008; Peters *et al.*, 2013). L'intervento oggetto di attenzione può riguardare tanto un'innovazione di tipo clinico (farmaci, dispositivi medici, procedure, ecc.), quanto un'innovazione di servizio, che può essere definita come l'insieme di comportamenti, routine e modalità di lavoro finalizzate a migliorare gli esiti di salute, l'efficienza amministrativa, la costo-efficacia o l'esperienza dell'utente (Greenhalgh *et al.*, 2004). Principale finalità dell'*Implementation Research* consiste nell'individuare e comprendere i fattori associati a un'efficace integrazione dell'intervento all'interno di uno specifico contesto organizzativo e all'interazione tra caratteristiche dell'innovazione, del contesto e di coloro che sono chiamati ad adottarla. Date le premesse, è possibile definire il disegno e la conseguente attuazione del modello CdC come intervento sanitario e innovazione di servizio alla quale è associato l'obiettivo (dichiarato nel DM 77) di rendere concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Il presente contributo intende dunque approfondire e contribuire al dibatt-

tito relativo alle sfide connesse all'implementazione del nuovo modello delle Case della Comunità e si articola nel seguente modo: il §10.2 presenta una sintesi di quanto previsto dal DM 77 rispetto alla definizione di CdC come presidio e modello organizzativo dell'assistenza di prossimità; il §10.3 descrive nel dettaglio gli obiettivi del lavoro e l'approccio metodologico; nei §§ 10.4 e 10.5 vengono analizzati e discussi i principali risultati della ricerca; il § 10.6 propone infine alcune riflessioni conclusive su quanto finora emerso sul processo di implementazione delle CdC e sulle prospettive per il prossimo futuro.

10.2 Le Case della Comunità nel nuovo DM 77

Le Case della Comunità rappresentano l'evoluzione e la sintesi di una serie di esperienze che nel tempo si sono materializzate, anche dal punto di vista delle denominazioni utilizzate (Case della Salute, Presidi Territoriali di Assistenza, Presidi Socio-Sanitari Territoriali, ecc.), in modo diverso nelle varie regioni. Tutte condividevano l'obiettivo di innescare e favorire i processi di integrazione di professionisti e servizi sanitari, sociosanitari e sociali attorno a un presidio fisico, anche in ragione delle opportunità offerte dalla progressiva dismissione di presidi ospedalieri marginali (Del Vecchio *et al.*, 2014). A partire da questi presupposti, già nel 2021 il PNRR individuava nell'investimento per la realizzazione delle CdC lo strumento attraverso cui «potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio» e prevedeva l'attivazione di 1.350 CdC a valere sul fondo pari a 2 miliardi di euro stanziato allo scopo. Parallelamente all'attivazione delle strutture, sempre il PNRR ha previsto di accompagnare l'attivazione di tali presidi con la definizione del nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale.

Nel giugno 2022 viene pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto Ministeriale n.77, il cui Allegato 1 contiene la formulazione dei «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale». Il quinto paragrafo del documento è nello specifico dedicato alla Casa della Comunità e ne chiarisce innanzitutto la duplice natura di «luogo fisico» e di «modello organizzativo» dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Al fine di agevolare la lettura del contributo se ne riportano di seguito, in sintesi, gli elementi più significativi:

1. si fa innanzitutto riferimento alla dimensione fisica della struttura, alla prossimità, raggiungibilità e facilità di riconoscimento da parte della popolazione del territorio come luogo dell'accesso, dell'accoglienza e di orientamento dell'assistito;
2. alla dimensione fisica è associata la promozione del nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale che prevede un approccio integrato e multi-

disciplinare, a partire dall'azione dell'équipe composta da medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ambulatoriali interni (SAI), Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC), eventualmente integrata da altri professionisti sanitari disponibili nelle aziende (psicologi, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione, tecnici della prevenzione, assistenti sociali, ecc.) e dal personale amministrativo;

3. in una logica generale di tipo *hub* e *spoke*, è prevista l'attivazione di una serie di servizi da erogare, distinguendo tra servizi da erogare obbligatoriamente, a prescindere dalla configurazione (cure primarie, PUA, ADI, servizi specialistici, servizi infermieristici, integrazione con i servizi sociali e partecipazione delle comunità), servizi obbligatori per le sole *hub* e facoltativi per le *spoke* (diagnostica di base, continuità assistenziale e punto prelievi), servizi facoltativi a prescindere dalla declinazione (interventi di prevenzione, vaccinazioni, screening e attività consultoriali) e servizi raccomandati (attività del Dipartimento di salute mentale, medicina dello sport). Per entrambe le tipologie di struttura è prevista, a diverse intensità, la presenza medica (H24/7 per le *hub* e H12/6 per le *spoke*) e infermieristica (H12/7 per le *hub* e H12/6 per le *spoke*) continuativa;
4. vengono formulati standard per le CdC *hub*, che prevedono almeno la presenza di una CdC *hub* ogni 40/50 mila abitanti e una dotazione minima di 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale sociosanitario e amministrativo di supporto. Ulteriori standard tecnologici e strutturali prevedono l'integrazione dei sistemi di prenotazione al CUP aziendale e la presenza di servizi diagnostici di base per il monitoraggio delle principali condizioni croniche;
5. viene definito il ruolo della CdC come nodo della rete dei servizi territoriali, in un'ottica di riconfigurazione e riprogettazione dell'intera geografia dei servizi e delle strutture fisiche esistenti, prevedendo un ruolo di coordinamento in una logica di rete rispetto a:
 - rete intra-CdC tra professionisti che operano all'interno;
 - rete inter-CdC tra presidi *hub* e *spoke*;
 - rete territoriale che si estende ai servizi ADI, la specialistica ambulatoriale territoriale, gli OdC, le RSA, i consultori, i servizi della salute mentale e della prevenzione;
 - rete territoriale integrata con i servizi e le attività ospedaliere.

Le indicazioni relative a servizi da erogare e standard di personale sono inoltre previste dall'Allegato 2 del DM (Ricognizione Standard). La separazione delle indicazioni tra due allegati distinti nasce dalle osservazioni del Consiglio di Stato che auspicava una separazione tra prescrizioni normative (Allegato 2) e contenuti descrittivi (Allegato 1).

10.3 Obiettivi e approccio metodologico

Alla luce di quanto evidenziato in premessa, l'obiettivo principale del contributo è esplorare i principali fattori di natura strategica (vocazioni, funzioni, target, risorse, attori chiave) che per le Aziende Sanitarie Locali saranno rilevanti per l'implementazione delle nuove CdC.

A tal fine è stato adottato un approccio *mixed methods* che combina analisi desk, interviste semi-strutturate e due focus group². L'analisi desk ha riguardato prevalentemente documenti istituzionali relativi alle indicazioni inerenti alle CdC, le linee guida nel frattempo adottate da alcuni governi regionali e i contratti istituzionali di sviluppo (CIS) per le informazioni relative agli aspetti strutturali. Le interviste semi-strutturate sono state somministrate ai referenti di sette Aziende Sanitarie Locali, selezionate in modo da rappresentare una discreta variabilità in termini di provenienza geografica, maturità delle esperienze pre-esistenti e contesto territoriale (metropolitano, urbano, rurale). I risultati preliminari sono stati discussi all'interno di due focus group, ognuno dei quali ha visto la partecipazione di circa dieci referenti di aziende diverse da quelle selezionate per la somministrazione delle interviste semi-strutturate.

Per l'analisi delle evidenze raccolte attraverso interviste e focus group, è stato utilizzato il *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (Damschroder *et al.*, 2009). Come già anticipato in premessa, l'approfondimento si concentra sull'introduzione della CdC intesa come innovazione nei modelli di servizio e si inserisce all'interno del filone di ricerca basato sull'applicazione del CFIR a innovazioni di servizio in sanità (Kirk *et al.*, 2016).

Nell'analisi delle principali *implementation outcome variables*, il CFIR si articola nei seguenti cinque domini di analisi:

1. le caratteristiche dell'intervento: gli elementi che caratterizzano l'intervento tra cui l'origine, le eventuali evidenze a supporto, i vantaggi percepiti, l'adattabilità o sperimentabilità, la complessità del disegno e i costi correlati;
2. l'ambiente esterno: i fattori di contesto che determinano incentivi o barriere all'implementazione, come ad esempio i bisogni dei pazienti e della popolazione servita, lo stato dei rapporti con istituzioni esterne, le pressioni subite dai pari o dalle istituzioni di livello superiore (Regione o Stato);
3. l'ambiente interno: tutti quegli elementi interni all'Azienda che possono influenzare l'implementazione dell'intervento, dalle caratteristiche alla cultura.

² Per le interviste semi-strutturate sono stati coinvolti referenti delle seguenti aziende: ASL di Alessandria, Azienda ULSS 8 Berica, Azienda USL di Modena, ASP di Palermo, ASL Roma 2, ASST Papa Giovanni XXIII, Azienda USL Toscana Sud-Est. Ai focus group hanno partecipato i referenti delle seguenti aziende: Azienda USL Toscana Sud-Est, ASST di Lodi, ASST Niguarda, ASL Roma 4, ASST dei Sette Laghi, ASST Garda, ATS Brianza, Azienda USL di Piacenza.

ra organizzativa, la preparazione, il *commitment* e le risorse effettivamente disponibili;

4. le caratteristiche degli individui: le caratteristiche, attitudini e competenze rilevanti delle persone e i team di lavoro coinvolti;
5. il processo di implementazione: dalla definizione di step e obiettivi, alla scelta e al ruolo della leadership fino al coinvolgimento degli agenti esterni che possono influire sull'implementazione.

Visto il peculiare oggetto di analisi e il fatto che questa sia stata condotta nelle fasi preliminari del processo di implementazione, è stato ritenuto più opportuno escludere dalla ricerca la dimensione incentrata sulle caratteristiche dei singoli individui coinvolti, impiegando soltanto quattro dei cinque domini proposti.

10.4 Risultati della ricerca

L'obiettivo del seguente paragrafo è quello di proporre una sistematizzazione, secondo le quattro categorie logiche mutuata dal CFIR (le caratteristiche dell'intervento, il contesto esterno, il contesto interno, il processo di implementazione), delle evidenze raccolte a partire da interviste semi-strutturate, focus group e analisi documentale. La Tabella 10.1 fornisce una sintesi di tutti gli elementi raccolti e presentati all'interno del seguente paragrafo, secondo le quattro dimensioni logiche utilizzate per l'analisi.

Tabella 10.1 **Sintesi degli elementi raccolti rispetto alle quattro dimensioni analizzate**

Dimensione	Elementi raccolti
Caratteristiche dell'intervento	<ol style="list-style-type: none"> (i) Elevata accettabilità dell'intervento, ma limitata evidenza sull'efficacia e chiarezza su obiettivi e indicatori specifici (ii) Integrazione spinta dalla fisicità come principale vantaggio atteso (iii) Intervento «esterno» ma con elevato grado di adattabilità (iv) Principali elementi di complessità: professionisti, MMG, ridisegno delle reti, costi, infrastrutture (mobilità e rete)
Contesto esterno	<ol style="list-style-type: none"> (i) Consapevolezza su eterogeneità dei bisogni (individuali, collettivi, sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali) (ii) Rilevanza di attori istituzionali «esterni» (enti locali e terzo settore) (iii) Rilevanza delle caratteristiche dell'offerta privata (accreditata e non) (iv) Variabilità di spinte e incentivi dal livello regionale e nazionale
Contesto interno	<ol style="list-style-type: none"> (i) Definizione degli assetti organizzativi (articolazioni, ruoli e responsabilità) ancora poco esplorata (ii) Cultura organizzativa determinante su coinvolgimento attori (interni ed esterni) e processi di programmazione
Processi di implementazione	<ol style="list-style-type: none"> (i) Fase di planning sia su localizzazione strutture (avanzata) che definizione del modello (a rilento) in cui rileva (quasi esclusivamente) il ruolo delle direzioni strategiche (ii) Fase di engagement da concentrare su quattro attori prioritari: (a) MG, (b) IFOC, (c) Middle-management area territoriale, (d) Comunità.

10.4.1 Le caratteristiche dell'intervento

Come già evidenziato in premessa, l'approccio adottato rispetto all'introduzione delle CdC è caratterizzato da una connotazione nazionale e centralizzata che, per le politiche relative all'assistenza territoriale, è una relativa novità in termini di livello di dettaglio raggiunto dalle indicazioni, di numero di strutture da attivare, servizi da offrire e personale da prevedere. Infatti, i processi di riforma in ambito territoriale, quando orientati dal livello centrale, hanno tipicamente avuto a che fare solo con le forme organizzative della medicina generale e con le politiche settoriali attraverso la redazione di piani nazionali (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, Piano Nazionale della Prevenzione, Piano Nazionale di intervento contro HIV e AIDS, ecc.).

Gli spunti e le suggestioni raccolte a partire dalle dimensioni che caratterizzano l'intervento (origine, evidenze a supporto, vantaggi percepiti, adattabilità, complessità, costi, ecc.) sono stati riletti in termini di elementi percepiti positivamente ed elementi di complessità. Vengono individuati almeno tre temi rispetto ai quali si registra una percezione positiva sintetizzabili nel (i) processo di formulazione dell'intervento CdC a partire dalle esperienze consolidate, (ii) i vantaggi potenzialmente perseguibili attraverso l'intervento e (iii) il grado di adattabilità dell'intervento e degli standard contenuti all'interno del DM 77.

In primo luogo, il modello non viene considerato come mera declinazione di una serie di principi di matrice teorica (medicina di iniziativa, stratificazione, *community building*, ecc.), ma come il frutto di una lunga e articolata interlocuzione che è partita dalle esperienze unanimemente riconosciute come più di successo nel panorama nazionale (prime fra tutte, quelle delle Case della Salute di regioni come Emilia-Romagna e Toscana). Ad ogni modo, ciò non impedisce che, rispetto al modello proposto, possano sorgere alcune perplessità e resistenze connesse prevalentemente alla relativa scarsità di evidenze circa l'efficacia di interventi con queste caratteristiche (tra tutte, le Case della Salute) e alla difficoltà di identificare le dimensioni su cui eventualmente valutarne l'impatto in modo unanime e condiviso. I contributi più noti sono iniziative regionali di agenzie (ARS Toscana e ARRS Emilia-Romagna) che valutano l'effetto prodotto dalle Case della Salute a partire da indicatori relativi all'aderenza terapeutica ai percorsi di presa in carico di patologie croniche, all'accesso ai servizi sanitari (ospedalizzazioni e PS) e al consumo di farmaci. I risultati dei due lavori in questione sono peraltro ambigui, nel senso che, considerando le dimensioni sulle quali entrambi gli studi si sono concentrate (tassi di accesso in PS e di ospedalizzazione), si osserva un diverso impatto sulle misure prese in esame: una riduzione dei tassi di accesso in PS in Emilia-Romagna e nessuna variazione significativa in Toscana. La variabilità dei risultati, non solo tra i due diversi contesti regionali, ma anche all'interno delle stesse regioni, è attri-

buita dagli stessi studi alle caratteristiche dei contesti locali e all'eterogeneità dei modelli organizzativi aziendali (Nobilio *et al.*, 2020 e ARS Toscana, 2016).

Un secondo motivo per cui l'input all'introduzione delle CdC è percepito positivamente è relativo ai vantaggi potenzialmente raggiungibili. Oltre a quanto già detto sul potenziale effetto in termini di esiti clinici e appropriatezza dei setting di cura, il vantaggio maggiormente atteso è di tipo organizzativo e consiste nella realizzazione dell'integrazione multi-professionale, multi-disciplinare e delle soluzioni tecnologiche nei modelli di servizio. È opinione ampiamente condivisa che tali sviluppi possano contribuire alla sostenibilità di cure primarie e territoriali nel rispondere ai bisogni emergenti dei cittadini, date le criticità derivanti dalla demografia di MMG e PLS e dalla carenza di altre figure professionali (infermieri e specialisti). Emerge, inoltre, l'idea secondo la quale le CdC possano consentire di conseguire migliori performance sulle dimensioni collegate alla capacità di risposta agli utenti e comunità servite. L'offerta di una pluralità di servizi legati alla salute nel medesimo ambito fisico è, in effetti, un elemento di grande semplificazione soprattutto per pazienti anziani, cronici e pluri-patologici.

Il terzo motivo risiede nel grado di relativa adattabilità degli standard contenuti all'interno del DM 77. Tali standard sono infatti percepiti come «minimi», soprattutto rispetto alla declinazione dell'intensità dei servizi da prevedere come obbligatori nelle configurazioni *hub* e *spoke*. In generale, il fatto che le indicazioni relative alle modalità di erogazione siano limitate esclusivamente alla «presenza» medica e infermieristica offre la possibilità di configurare in modo adattivo i presidi rispetto a: (i) bisogni espressi ed emergenti dei territori in cui vengono collocati; (ii) risorse disponibili, in termini di strutture e disponibilità di spazi, oltre che di personale; (iii) grado di partecipazione e coinvolgimento (attuale e potenziale) nei processi decisionali di attori esterni quali gli enti locali (per realizzare l'integrazione dei servizi sociali), il terzo settore e le comunità di riferimento, per la realizzazione di un presidio della «comunità» inteso anche come luogo di valorizzazione della co-produzione dei servizi.

Agli aspetti positivi generalmente riconosciuti al modello e al suo disegno si contrappongono una serie di elementi ritenuti critici, a prescindere dalle condizioni interne ed esterne in cui le singole aziende si trovano, e che possono essere riassunti come segue: i) disponibilità dei professionisti; ii) costi collegati alla costruzione delle CdC; iii) declinazione delle indicazioni rispetto al trade-off tra capillarità e concentrazione fisica; iv) creazione e il governo delle reti; v) dotazione infrastrutturale del territorio chiamato a ospitare una CdC.

Esiste in primo luogo un aspetto legato alla disponibilità di professionisti. Il DM 77 prevede un ruolo centrale per MMG e PLS nelle loro forme aggregative (Aggregazione Funzionali Territoriali – AFT – e Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP) e identifica i loro ambulatori quali presidi della rete territoriale, al pari delle CdC *spoke*, al fine di assicurare capillarità dei servizi,

prossimità e maggiore equità nell'accesso. Sempre i MMG/PLS sono chiamati a garantire l'assistenza medica continuativa (H12 6/7) in aggiunta a quella svolta nei confronti dei propri assistiti e sono loro, attraverso le forme aggregative, a mettere in atto i modelli di sanità di iniziativa. Non meno rilevante è il ruolo designato per la componente infermieristica che, nella figura dell'IFoC, assicura la presenza continuativa, i servizi di prevenzione collettiva e gestione integrata delle cronicità; peraltro, la dotazione numerica di IFoC prevista dagli standard per ciascuna struttura *hub* (7-11) combinata con il numero di CdC *hub* da attivare entro il 2026 (1.350) comporterebbe un fabbisogno compreso tra i 9.000 e i 15.000 infermieri. Su entrambe le figure professionali esiste un evidente problema di disponibilità, legato sia alla demografia dei professionisti che alle politiche di programmazione dei decenni passati; per i MMG/PLS esiste inoltre un tema relativo alla necessità di negoziare nuovi Accordi Collettivi Nazionali ed eventuali Accordi Integrativi Regionali, in quanto il DM 77 di per sé non è ritenuto da nessuna delle parti un elemento sufficiente a imporre un cambiamento nel *modus operandi* dei professionisti e delle loro forme aggregative. In generale, su tutte le figure professionali si pone poi il tema dei costi e dell'ambiguità relativa alla disponibilità di nuove risorse per il personale, in quanto più volte le indicazioni ribadiscono come l'implementazione del modello debba intendersi con risorse a legislazione vigente, anche facendo ricorso a interventi di riorganizzazione aziendale che si prospettano quantomeno faticosi.

Un secondo elemento di complessità è quello relativo ai costi. Sulla parte corrente si è in parte appena detto e l'argomento è oggetto di ampio dibattito anche a livello politico³. Il fondo del PNRR destinato all'attivazione delle CdC consiste di 2 miliardi di euro da destinare a spese in conto capitale. Nell'ipotesi estrema secondo cui per tutti i primi 1.350 presidi previsti si rendano necessari gli stessi interventi strutturali, se non la costruzione *ex novo*, l'ammontare previsto per ciascuna struttura (meno di 1,5 milioni di euro) rischia di essere insufficiente ad assicurare un dimensionamento tale da consentire l'erogazione di tutti i servizi ed esercitare tutte le funzioni previste come obbligatorie dal DM 77 (idealmente 800-900 mq secondo il Documento di indirizzo di AGENAS e Politecnico di Milano⁴), soprattutto in un contesto di significativo e prolungato aumento dei costi in ambito di produzione delle costruzioni (+10,4% su base annua nel maggio 2022 secondo l'ISTAT⁵).

³ Il DM 77 non ha ricevuto un'intesa unanime in Conferenza Stato-Regioni proprio a causa dell'assenza di garanzie sull'adeguamento delle risorse correnti ritenuto necessario per l'implementazione della riforma dell'assistenza territoriale. Da: https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=103615.

⁴ AGENAS e Politecnico di Milano (2022), Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa di Comunità. Supplemento alla Rivista Semestrale Monitor.

⁵ Statistiche Flash. Prezzi alla produzione dell'industria, delle costruzioni e dei servizi. Maggio 2022 – I trimestre 2022. ISTAT, 30 giugno 2022.

Un terzo elemento riguarda la declinazione delle indicazioni rispetto al processo di concentrazione finalizzato al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza, ovvero a un trade-off tra capillarità e prossimità nell'accesso ai servizi, tenendo conto delle caratteristiche orografiche e infrastrutturali che caratterizzano il territorio in cui si inserisce la CdC. È evidente come, da un lato, l'impianto del DM 77 e la sua declinazione di CdC siano improntati attorno ai principi di prossimità e capillarità, da perseguire non solo attraverso gli stessi presidi, ma anche tramite il collegamento funzionale degli ambulatori di MMG e PLS; dall'altro lato, è altrettanto vero che è lo stesso decreto a prescrivere la necessità di un riordino della rete dei presidi di assistenza territoriale, in un'ottica non solo di riorientamento o valorizzazione, ma anche di eventuale dismissione.

Il tema dei presidi della rete territoriale si collega direttamente a un quarto elemento di complessità che riguarda nello specifico la creazione e il governo delle reti, e in generale la diffusione di una cultura organizzativa improntata a un cambiamento di paradigma che si rifà al tema ampiamente dibattuto dell'integrazione tra ospedale e territorio. La CdC è infatti il nodo centrale in una ampia rete dei servizi che, nel disegno del regolatore, va dall'integrazione tra professionisti dell'équipe che opera all'interno del presidio (rete intra-CdC) fino a raggiungere il massimo livello di integrazione (rete territoriale integrata) nel collegamento con le attività ospedaliere, laddove ha come principale finalità la raccolta e condivisione di informazioni e conoscenze relative alla gestione del paziente cronico a elevato rischio di instabilità.

Infine, un ultimo elemento di criticità non riguarda direttamente le aziende, ma attiene al contesto e in particolare alla dotazione infrastrutturale del territorio chiamato a ospitare una CdC. Il modello CdC, così come va delineandosi tra indicazioni nazionali e applicazioni locali, prevede una profonda integrazione funzionale tra presidi fisici distanti tra loro (*CdC hub e spoke*, AFT/UCCP, CUP integrato aziendale, ecc.), anche attraverso il ricorso alla telemedicina come ulteriore modalità di erogazione dei servizi. Appare quasi superfluo evidenziare come il raggiungimento di un risultato tanto ambizioso dipenderà fortemente anche dallo sviluppo di una capillare infrastruttura digitale che consenta di raggiungere in modo omogeneo livelli di connettività adeguati. Sul tema della prossimità e capillarità dei servizi invece, nell'ipotesi secondo cui l'attivazione di una CdC e di tutti i servizi connessi richieda comunque un bacino potenziale relativamente ampio e che dunque le comunità di dimensioni medio-grandi continuino a essere privilegiate, sarà fondamentale considerare gli aspetti relativi alla viabilità e alla mobilità delle persone (strade e ferrovie, TPL, ecc.), considerati soprattutto i target a cui la CdC dovrebbe rivolgersi in via prioritaria.

10.4.2 Il contesto esterno

Facendo riferimento alle dimensioni dell'ambiente esterno si concentra qui l'attenzione al territorio e alla popolazione servita e che fruisce dei servizi erogati dall'azienda, alle istituzioni che rappresentano i cittadini e in generale le comunità ampiamente intese. Nel ragionare del contesto esterno, emergono dalle interviste e dai focus group tre distinti elementi di riflessione che riguardano: i) i bisogni della popolazione che afferisce alle CdC; ii) il livello di familiarità e di relazioni che l'azienda ha con il territorio di riferimento; iii) il ruolo e l'influenza dei diversi livelli di governo nella definizione del modello CdC.

Il primo riguarda i bisogni di cui sono portatori i singoli utenti, i cittadini dei territori di riferimento e le comunità servite. Si tratta di un argomento complesso e multiforme, rispetto al quale tutte le realtà intervistate si stanno in vario modo interrogando, in quanto esso costituisce necessariamente un driver fondamentale per la declinazione del modello CdC. In primo luogo, le aziende sanitarie hanno consapevolezza del fatto che i bisogni del territorio sono numerosi e anche molto variegati, sia all'interno di uno stesso territorio che nel confronto con altre realtà. È utile inoltre tenere presente come le CdC siano chiamate, a partire dagli standard minimi, a dare risposta a tipologie di bisogni eterogenei che possono estendersi da quelli individuali a quelli di natura collettiva (servizi di prevenzione e promozione della salute), da un lato, e da quelli di tipo esclusivamente sanitario a quelli di natura sociosanitaria e socio-assistenziale, dall'altro. In questo ampio ed eterogeneo insieme di bisogni, si renderà necessario configurare e possibilmente adattare i sistemi di risposta sul territorio, affinché i servizi offerti possano davvero andare incontro in modo efficace sia ai bisogni che alle possibilità (e i limiti) delle comunità e dei singoli cittadini, compatibilmente con le risorse disponibili.

A questo quadro si aggiunge una presa di coscienza del fatto che, talvolta, l'insieme multiforme e complesso di questi bisogni di cui sono portatori gli individui e le comunità non è ancora del tutto conosciuto dalle aziende sanitarie che vi operano. Una maggiore attenzione all'analisi dei bisogni espressi rappresenta un significativo cambiamento nell'approccio progettuale rispetto al recente passato in cui, in molti contesti, diversi presidi territoriali sono sorti principalmente dall'esigenza di dare una nuova destinazione a piccoli ex presidi ospedalieri o altre strutture dismesse. Si aggiunge, inoltre, la consapevolezza che i bisogni sono potenzialmente mutevoli nel tempo e che aggiornare in maniera sistematica il quadro di conoscenze relative al territorio servito sarà sempre più importante, così come orientare la progettazione coerentemente con questa riflessione. Coloro che portano questa riflessione a un ulteriore livello di sofisticazione, si interrogano anche su quali bisogni possano essere tali (in termini di rilevanza, priorità e percepito) da rendere l'operato di una futura CdC davvero importante agli occhi della comunità. In altre parole, si interro-

gano sulla possibilità di riuscire a qualificare questi luoghi come un punto di riferimento nelle mappe cognitive di cittadini, pazienti e comunità così come nel tempo lo sono diventati l'ospedale e il pronto soccorso, diversamente da altri luoghi della salute, che non sono riusciti ad acquisire la stessa riconoscibilità.

Infine, il tema dei bisogni trova una sua naturale evoluzione nella definizione di uno o più target per le CdC, rispetto ai quali costruire una *value proposition*. Dalle interviste emerge come questo lavoro di definizione dei target sia ancora in corso nella maggior parte delle aziende, sebbene anche i documenti e le linee guida identifichino il target privilegiato delle CdC con il cluster dei pazienti affetti da patologie croniche o da stati di fragilità. Al contempo, è condivisa l'opinione per cui un posizionamento opposto (quello di una CdC che si dedica in maniera prevalente ai pazienti con esigenze occasionali o a una generica popolazione del territorio di riferimento) corra un alto rischio di produrre duplicazioni rispetto a strutture e funzioni aziendali diverse.

Il secondo elemento di riflessione che afferisce alla dimensione del contesto esterno riguarda il livello di familiarità e di relazioni che l'azienda ha con il territorio di riferimento. L'interpretazione che gli intervistati danno di questo argomento è duplice.

La prima valuta il contesto esterno sulla base delle relazioni (nella loro intensità, qualità e frequenza) con gli enti locali, e quindi con i Comuni, le conferenze territoriali, e più in generale con le istituzioni che governano e rappresentano il territorio. Risultano rilevanti in tali valutazioni anche le relazioni con le associazioni di volontariato e, più in generale, con le organizzazioni del terzo settore che aggregano gli individui, rappresentandone esigenze e interessi, e che dunque costituiscono uno stakeholder rilevante da coinvolgere nella costruzione di un luogo che miri a diventare un punto di riferimento per l'intera comunità. Su entrambi i fronti esistono esperienze eterogenee, che vanno da tendenze consolidate al coinvolgimento di istituzioni locali e comunità nei propri processi decisionali, ad altre in cui le relazioni sono ancora in via di costruzione oppure si dimostrano più complesse e meno generative di quanto atteso. È emersa generalmente la volontà di costruire o rafforzare meccanismi che facilitino il coordinamento e il confronto sistematico con i Comuni, i rappresentanti delle comunità e degli interessi presenti sul territorio.

Una seconda interpretazione del tema che emerge dalle interlocuzioni riguarda invece i collegamenti tra i nodi della rete del sistema, che può comprendere, oltre ai nodi erogativi dell'azienda, anche gli erogatori privati accreditati e non ed eventualmente anche presidi sanitari di aziende limitrofe che, per vari motivi, la comunità considerata è abituata a frequentare e che di fatto entrano nella rete a cui i cittadini fanno riferimento.

In generale e semplificando, rispetto al tema delle relazioni con e nel territorio è possibile affermare che è evidente una polarizzazione delle esperienze: se da un lato in alcune realtà le relazioni con il territorio sono state tessute

e coltivate nel corso degli anni (probabilmente in virtù dell'elevato capitale istituzionale e sociale), al punto che ad oggi esse fanno parte degli asset su cui fare affidamento, altri contesti, invece, considerano questo argomento più come un'area di lavoro, laddove le relazioni e le sinergie sono ancora da costruire, rafforzare o da consolidare.

Il terzo ordine di riflessioni ha a che fare con il tema di influenze e pressioni da parte dei livelli superiori di governo (regionali e nazionali) e dunque al tema della governance del PNRR e, in particolare, della linea di investimento rappresentata dalle CdC.

Da un lato, emerge come dominante nel sistema di governance dell'intero intervento il ruolo dei *policy maker* del livello centrale (che, oltre ad aver dato l'input, hanno definito criteri, perimetri e anche *milestone* del progetto); basti osservare come, ad oggi, tutte le regioni e province autonome abbiano chiuso la fase di identificazione dei siti (e degli eventuali immobili) in cui realizzare gli edifici oggetto di finanziamento. Ciò è il risultato di un significativo sforzo di governance centrale, che è riuscito a coordinare in modo efficace questa prima fase progettuale. Anche questo viene considerato un interessante elemento di cambiamento rispetto al passato laddove, invece, di frequente le aziende procedevano in autonomia, in maniera incrementale, realizzando una struttura (o poche strutture) per volta sulla base di un bisogno o di un'opportunità emersa, senza una pianificazione territoriale più ampia e di medio-lungo termine. Altre realtà vivono invece come molto rilevante in questa fase il ruolo del livello regionale, laddove questo ha assunto una postura forte di governo e monitoraggio dei processi di declinazione e implementazione del modello nei propri territori di competenza.

10.4.3 Il contesto interno

Si rivolge in questo paragrafo l'attenzione alla dimensione interna, e in particolare al tema degli assetti e delle culture organizzative che caratterizzano le diverse realtà aziendali. I temi discussi riguardano in particolare (i) gli assetti organizzativi e le caratteristiche dell'offerta territoriale pre-esistente rispetto all'introduzione delle CdC e la cultura organizzativa relativa (ii) alle caratteristiche delle formule di assistenza tipiche della sanità territoriale e di (iii) predisposizione al cambiamento.

Sia che vadano a sostituire le pre-esistenti CdS, PTA o simili, sia che rappresentino delle novità complete per il contesto di riferimento, le CdC andranno a inserirsi (insieme a COT e OdC) in un sistema di offerta pre-esistente di cui probabilmente altereranno in parte la struttura e il funzionamento, andando a modificare gli assetti organizzativi delle aziende. Ad esempio, in alcuni territori è probabile che le CdC vadano a sostituire altre strutture, come i poliambulatori, assorbendone le attività o accogliendo una serie di bisogni che prima

trovavano risposta presso l'ospedale. Inoltre, sarà necessario definire e istituire nuovi ruoli e connesse responsabilità per popolare e governare il rinnovato sistema dell'assistenza territoriale (a partire dai responsabili/coordinatori delle CdC fino ai direttori di distretto). In sostanza, le nascenti strutture sono destinate a influire sulle configurazioni organizzative, sulle dinamiche di funzionamento delle aziende, ma anche sul modo in cui esse si pongono rispetto al territorio di riferimento e come tali strutture vengono percepite, in termini di *mission* e posizionamento strategico.

Oltre a un tema di assetti organizzativi, emerge anche quello delle esperienze e delle culture organizzative pregresse, che caratterizzano la storia, le abitudini e l'identità delle aziende. È piuttosto diffusa la consapevolezza circa la rilevanza di tali elementi sui processi di implementazione oggetto di questo approfondimento. Da un lato, emerge la rilevanza delle esperienze pregresse in ambito di salute «oltre l'ospedale» e della cultura che ne deriva, in termini di abitudine a co-produrre sanità e socio-assistenza con le comunità e coinvolgere i MMG e le associazioni nei processi decisionali e nella definizione degli obiettivi. Dall'altro lato viene citato il tema di una nuova cultura del lavoro in questo ambito, che si orienti verso un'interpretazione più flessibile, collaborativa e multi-disciplinare del lavoro dei professionisti che operano in sanità. È una cultura che molte realtà stanno costruendo o consolidando e che, in parte, è un retaggio dell'esperienza di questi oltre due anni di pandemia che ha costretto molte organizzazioni (e relativi professionisti) ad adattarsi rapidamente ai bisogni emergenti, a superare le proprie tradizionali mansioni e a lavorare maggiormente in équipe. Diversi intervistati sottolineano come questo nuovo approccio al lavoro possa rappresentare la chiave di volta per affrontare le sfide della salute sul territorio che ci attendono in futuro, a causa sia dei cambiamenti demografici ma anche dei forti limiti nelle risorse a cui andiamo incontro.

Infine, emerge un tema di cultura intesa come predisposizione al cambiamento e apertura alle innovazioni che le aziende stanno saggiando in questa delicata fase di declinazione dei modelli e di predisposizione all'implementazione delle CdC. Ovviamente la cultura organizzativa e le esperienze pregresse possono incidere significativamente sul clima aziendale relativo a processi di implementazione, come quello delle CdC, ma esso dipenderà molto anche dal sistema di incentivi messo in campo, nonché dal grado di coinvolgimento e di motivazione che la direzione strategica sarà stata in grado di diffondere.

10.4.4 I processi di implementazione

Considerato il periodo in cui questo contributo è stato realizzato⁶, è stato possibile raccogliere un numero maggiore di elementi relativi alle fasi di pianifi-

⁶ Interviste e focus group hanno avuto luogo nella primavera 2022.

cazione ed *engagement*, sebbene alcuni contesti si trovino già in una fase di *execution*, se non anche di *evaluation*. In particolare vengono discussi i due distinti processi: i) la pianificazione strutturale e del modello e (ii) l'*engagement* degli attori chiave.

A partire già dall'impostazione centrale, le aziende sono state chiamate ad approntare due processi di pianificazione in parallelo. Il primo, relativo alla localizzazione delle strutture, può dirsi in una fase avanzata (se non conclusa) per quanto riguarda l'individuazione dei presidi che saranno oggetto del finanziamento previsto dal PNRR, essendo parte di *milestone* e target dell'investimento⁷. Ad ogni modo, su questo fronte rimane invece aperta e poco presidiata la questione relativa all'individuazione delle CdC (soprattutto *spoke*) da attivare al di fuori del finanziamento PNRR e alla riprogettazione della rete dei presidi territoriali. Il secondo processo parallelo di pianificazione riguarda invece la declinazione del modello. La pubblicazione delle indicazioni per il modello di sviluppo dell'assistenza territoriale non riduce infatti la necessità che aziende e regioni⁸ sviluppino e declinino un modello locale che, a partire dagli standard minimi definiti a livello nazionale, sia in grado di coniugarsi con bisogni emergenti e risorse disponibili. È inoltre necessario che le aziende adottino una propria definizione rispetto a target potenziali e prioritari, modalità di erogazione ed estensione dei servizi previsti come obbligatori ed eventuale integrazione di quelli facoltativi o raccomandati, di processi di interlocuzione con la medicina generale, gli enti locali e il terzo settore. A differenza della scelta di localizzazione delle strutture, questa partita del processo di implementazione risulta quella ancora meno presidiata.

Tanto per l'identificazione delle strutture, quanto per la definizione del modello di servizio, la fase di *engagement* risulta cruciale nel processo di implementazione sin dagli sforzi di programmazione e individuazione dei presidi, così da garantire che le progettualità siano avviate a partire dalle situazioni a più elevato potenziale. Emergono in particolare quattro stakeholder chiave che è fondamentale coinvolgere in fase di programmazione: (i) la medicina generale, (ii) gli IFoC, (iii) il *middle-management* dell'area territoriale, (iv) le comunità locali.

⁷ L'investimento M6C1 ("Case della Comunità e presa in carico della persona") prevede dieci tra *milestone* (5) e target (5): la ricognizione dei siti idonei da parte delle regioni entro il Q3 del 2021; la costituzione del GdL per la definizione del nuovo modello organizzativo entro il Q4 del 2021; la presentazione del documento di modello in Conferenza Stato-Regioni e l'individuazione dei siti idonei entro il Q1 del 2022; l'assegnazione dei Codici Unici di Progetto (CUP) e l'approvazione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) entro il Q2 del 2022; approvazione, assegnazione dei CIG e stipula dei contratti entro il 2023; attivazione delle 1.350 strutture entro il 2026. Da: <https://italiadomani.gov.it/Interventi/milestone-e-target.html>.

⁸ Nel momento in cui questo contributo viene redatto, Lombardia (DGR n. XI/6760 del 25 luglio 2022) e Lazio (DGR n.643 del 26 luglio 2022) hanno pubblicato le proprie linee guida per l'applicazione del DM 77.

Il coinvolgimento della medicina generale già in fase di programmazione emerge come variabile cruciale. Un tema molto rilevante è infatti il livello di integrazione raggiunto dalle forme organizzative, in quanto non è da sottovalutare la transizione da un'operatività basata esclusivamente su forme organizzative mono-professionali, anche consolidate, a una in cui le forme organizzative sono integrate funzionalmente e strutturalmente all'interno di un nuovo presidio che risponde a bisogni e logiche (multi-professionali e di équipe) che comprendono e superano le finalità perseguite dalla sola medicina generale.

La selezione degli IFoC è un passaggio altrettanto cruciale del processo di implementazione del modello CdC. Istituita in piena emergenza Covid-19⁹, la figura dell'IFoC rientra tra gli oggetti normati dal DM 77, che ne definisce standard (uno ogni 3 mila abitanti) e compiti, superando la logica prestazionale e affidandogli un ruolo proattivo nell'intercettazione e risposta ai bisogni di salute della comunità di riferimento. Nella selezione degli IFoC emergono almeno due temi rilevanti che sono già stati oggetto di attenzione nel dibattito nazionale: formazione e motivazione (si veda il documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni sulla «Proposta di linee di indirizzo infermiere di famiglie/comunità»¹⁰ e il Position statement «L'infermiere di famiglia e di comunità» della FNOPI¹¹). Entrambe le questioni presentano elementi di criticità: i documenti programmatici spingono per il rafforzamento di programmi formativi post-laurea (laurea magistrale, master di I-II livello, PhD, ecc.), sebbene nel frattempo sia molto sentita l'esigenza di costruire percorsi formativi *ad hoc* che combinino formazione teorica e sul campo; sul lato motivazionale uno dei principali limiti è che verosimilmente i punti di forza riconosciuti al ruolo – quali la maggiore autonomia e la responsabilizzazione su esiti e processi – non riescano da soli a compensare la presenza di incentivi economici e di un background formativo che spingono soprattutto le risorse più giovani a preferire l'attività ospedaliera a quella territoriale.

Strategica sarà anche l'individuazione e la formazione del *middle-management* territoriale e, in particolare, dei direttori di distretto, data la rinnovata centralità assegnata dal DM 77 a tale articolazione aziendale come «luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale e organizzativo» della rete dei servizi territoriali e dell'integrazione tra tutti gli attori coinvolti, soprattutto all'interno della CdC.

Infine, un ruolo rilevante sarà inevitabilmente giocato dal coinvolgimento delle comunità locali (a partire dalla politica per arrivare fino alle realtà del volontariato e del terzo settore) fin dai primissimi sforzi di programmazione

⁹ DL n. 34/2020, c.d. «Decreto Rilancio», convertito tramite L. n. 77/2020.

¹⁰ Conferenza Stato-Regioni (2020). «Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77». Da: <http://www.regioni.it/download/conferenze/618441/>

¹¹ FNOPI (2020). «Position Statement. L'infermiere di famiglia e di comunità». Da: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>

dei singoli presidi. La tipologia e il grado di coinvolgimento delle comunità locali saranno determinanti nella definizione della vocazione ultima di tali strutture, tra i due estremi di presidio sanitario con una mera presenza di servizi sociali, da un lato, e di vero presidio di comunità in cui avviene la effettiva valorizzazione della co-produzione dei servizi, dall'altro.

10.5 Discussione

Riportati e sistematizzati tutti gli elementi raccolti attraverso interviste, focus group e materiali, l'obiettivo di questo paragrafo è quello di fornire spunti di riflessione su elementi e fattori rilevanti per l'implementazione del modello CdC da correlare alle caratteristiche delle diverse realtà chiamate a intraprendere questo processo (Tabella 10.2).

Un primo elemento di riflessione è relativo ai target di riferimento per le

Tabella 10.2 **Temi e variabili rilevanti**

Temi da affrontare	Variabili rilevanti
Scelte di posizionamento strategico	
Target (esteso vs ristretto)	Risorse disponibili Bisogni emergenti (epidemiologia) Densità di offerta (pubblica e privata) Telemedicina
Focalizzazione (generaliste vs specializzate)	Risorse disponibili Bisogni emergenti (epidemiologia) Densità abitativa Densità di offerta (pubblica e privata)
Vocazione (salute vs comunità)	Capitale istituzionale Capitale sociale Cultura organizzativa Risorse disponibili
Integrazione (fisica vs virtuale)	Cultura organizzativa Diffusione forme associative/aggregative MG Densità abitativa Telemedicina
Elementi di criticità	
Medicina generale	Cultura organizzativa Diffusione forme associative Diffusione forme aggregative funzionali e strutturali Turnover generazionale
Personale	Risorse disponibili Motivazione Formazione
Costi in conto capitale	Frammentazione dell'offerta Stato dei presidi pre-esistenti Disponibilità di altre strutture

nascenti CdC. Il DM 77 non identifica esplicitamente un target prioritario, limitandosi a definire la Casa di Comunità come un presidio deputato all'assistenza di prossimità a una generica «popolazione di riferimento». Il target prioritario è implicitamente definito dai servizi previsti come obbligatori (dal PUA all'ADI, dai servizi infermieristici a quelli di specialistica ambulatoriale e diagnostici per le patologie prevalenti) e coincide di fatto con i soggetti fragili e/o cronici affetti dalle patologie a maggiore prevalenza. L'aspetto più ambiguo rimane l'inclusione degli utenti con bisogni occasionali all'interno della popolazione di riferimento della CdC. In termini di servizi da prevedere obbligatoriamente, soltanto la continuità assistenziale presenta le caratteristiche tali da determinare una possibilità di accesso anche all'utente con bisogni occasionali; infatti i servizi generalmente destinati alla collettività e all'utente non cronico (attività consultoriali, vaccinazioni, prevenzione e promozione della salute, ecc.) non sono tra quelli previsti come obbligatori e, tra quelli obbligatori come il punto prelievi e le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le indicazioni non impongono necessariamente di destinarli alla popolazione generale. Pertanto, l'orientamento che emerge in modo più frequente è che il target delle CdC vada il più possibile ristretto a quello del paziente fragile e/o cronico, sia per una questione di caratterizzazione rispetto alle finalità perseguite sia per una questione di scarsità di risorse professionali. È auspicabile dunque che le finalità, e di conseguenza la fruibilità dei servizi attivati, siano mantenute distinte, almeno logicamente, se non anche fisicamente, rispetto a quelle che caratterizzano altre tipologie di presidi (ad esempio i poliambulatori territoriali), altre articolazioni aziendali (i servizi ospedalieri e di emergenza-urgenza) e anche le strutture private accreditate (studi, poliambulatori, laboratori, centri di diagnostica, ecc.).

Andando sul concreto, per quanto riguarda soprattutto la componente di specialistica ambulatoriale, emerge chiaramente la necessità di non duplicare le esperienze dei poliambulatori territoriali; ciò significa immaginare di erogare servizi specialistici a una platea ristretta di utenti avvalendosi eventualmente di modalità alternative di erogazione (tramite telemedicina, ad esempio), dedicando i punti prelievo di II livello a utenti inseriti in un percorso di presa in carico, ecc.

Una questione che deriva direttamente da quella dei target è quella relativa alla specializzazione o focalizzazione dei presidi. Mentre le indicazioni si riferiscono a generici bisogni, utenti e servizi, rimane aperta la possibilità che ogni struttura assuma una propria focalizzazione e specializzazione, coerente con un posizionamento a sua volta determinato da una valutazione circa le risorse disponibili, i bisogni emergenti espressi dal territorio e la densità dell'offerta già disponibile presso altri presidi o realtà (anche del privato). Il DM 77 cita in proposito la possibilità di attivare in prossimità di ospedali pediatrici degli OdC dedicati a pazienti pediatrici. Non emergono dai documenti e dalle in-

terviste fattori che possano ostacolare un tale orientamento delle CdC – non solo sul paziente pediatrico ma, più in generale, di focalizzazione su bisogni specifici (patologie di un'area specialistica, salute mentale, salute della donna, ecc.). Pertanto, queste nascenti strutture potrebbero assumere un'ottica tesa a favorire una maggiore capacità di risposta ai bisogni emergenti e di sfruttamento delle potenzialità espresse dai territori (nel contributo al Rapporto 2021 era stato riportato il caso della Casa della Salute – Polo Infanzia di Formigine, attivata dall'AUSL di Modena nel 2021 e dedicata prioritariamente ai bisogni dell'infanzia e dell'adolescenza).

Un terzo tema è quello della scelta della vocazione della CdC, tra i due estremi di «presidio sanitario» e «presidio di comunità» (Longo e Zazzera, 2022). La questione riflette due dimensioni interdipendenti già discusse che vedono combinarsi, da una parte, la capacità di *engagement* di soggetti esterni all'azienda quali gli enti locali, le associazioni di volontariato e le comunità attive (riassumibili nei concetti di capitale istituzionale e sociale) e, dall'altra, le risorse effettivamente a disposizione dell'azienda. La combinazione di tali elementi può determinare la effettiva vocazione di una struttura che non può essere definita a priori dalle indicazioni, nonostante la previsione di una serie di servizi che forniscono per natura una connotazione «sociale» e «di comunità». La vocazione più o meno esplicita di una CdC dipenderà fortemente dalla capacità di leggere e combinare tali dimensioni: è evidente che in contesti a forte capitale istituzionale e sociale, la declinazione «di comunità», anche in una logica di co-programmazione, co-design e co-produzione (Zazzera, 2022), sarà più facilmente perseguibile, a differenza di realtà in cui anche l'integrazione (fisica e funzionale) dei servizi afferenti a istituzioni diverse può già risultare complicata. In tali realtà, probabilmente, la struttura si limiterebbe ad abbracciare una vocazione più propriamente sanitaria, poiché legata alle sole risorse aziendali.

Sulla capacità di leggere e sfruttare il capitale istituzionale e sociale dei diversi contesti per raggiungere una vocazione comunitaria, inciderà sicuramente anche la dimensione organizzativa; nello specifico sarà determinante il fatto che l'azienda sia dotata – o decida di dotarsi – di strutture organizzative o luoghi di confronto formale appositamente disegnati, costruiti e formati per dialogare con i territori e le loro declinazioni. Le Conferenze Territoriali Socio-sanitarie (CTSS) emiliano-romagnole e le Società della Salute (SdS) toscane possono rispondere a tale scopo, così come l'idea di assegnare ad apposite unità organizzative compiti di interfaccia con le realtà del territorio (in Lombardia si discute del trasferimento delle funzioni degli «Uffici Sindaci» dalle ATS alle ASST, responsabili dell'attivazione delle CdC).

Un quarto elemento riguarda l'integrazione dei servizi e dei professionisti. Che una delle principali finalità del modello CdC, così come previsto, sia quella di ricostruire e integrare in un luogo ben riconoscibile accesso, orientamento

e fruizione dei servizi territoriali è ormai assodato. Non è però scontato che una tale configurazione sia, soprattutto nelle aree interne o a bassa densità abitativa, compatibile con un concetto di prossimità e capillarità. È chiaro infatti come le previsioni in termini di standard di personale e servizi richiederanno un elevato livello di concentrazione, soprattutto per le strutture *hub* per le quali è previsto un bacino di utenza compreso tra i 40 e i 50 mila residenti (centri di dimensioni medio-grandi o centri di piccole dimensioni in aree estese e a bassa densità abitativa). Tale previsione, in molti contesti periferici, rischia di essere poco compatibile con i principi di prossimità e capillarità. Da questo elemento di criticità è emersa più volte una visione complementare della CdC che vede un'integrazione funzionale prevalere su quella strutturale. La CdC diverrebbe secondo questa prospettiva il luogo non solo fisico, ma soprattutto «virtuale» di integrazione dei professionisti e in cui assume meno significato l'accesso «fisico» dell'utente. All'interno di questa configurazione assumono un'importanza cruciale (i) la costruzione delle reti (territoriali e integrate) e l'integrazione funzionale di presidi *spoke*, sedi delle forme organizzative della medicina generale e ambulatori singoli di MMG/PLS e (ii) lo sviluppo della telemedicina come principale strumento di collegamento tra servizi di cure primarie e specialistiche, connessi in rete e non necessariamente localizzati fisicamente all'interno dello stesso presidio.

La medicina generale sarà, come si è già detto, l'elemento centrale del funzionamento delle CdC e il suo *engagement* una variabile cruciale tanto in fase di programmazione quanto per l'effettivo funzionamento dei presidi (dall'operatività delle équipes multi-professionali alla garanzia della presenza medica continuativa nelle ore diurne). Tralasciando gli aspetti contrattuali, esistono almeno due diversi elementi da affrontare relativamente all'*engagement* della medicina generale, che sono direttamente dipendenti dai contesti e dalle caratteristiche della medicina generale all'interno di un territorio. In primo luogo c'è un aspetto critico relativo alla situazione delle forme associative e aggregative. Il dibattito sull'evoluzione della medicina generale tra forme associative, forme aggregative funzionali e forme aggregative strutturali è antico ed evidenzia ampie difformità nella modalità con cui le singole regioni hanno dato seguito alle disposizioni normative finalizzate a uniformare le forme di aggregazione verso modalità obbligatorie che consentissero di agganciare obiettivi e risultati a quelli aziendali (si veda, Barzan, Petracca, Tozzi e Zazzerà, 2019). Prendendo come *proxy* di tale eterogeneità la diffusione delle forme associative, dall'ultimo Annuario statistico del SSN relativo al 2020 (Ministero della Salute, 2022) emerge come a una media del 68% di MMG che operano in forma associativa (in riduzione rispetto al 70% del 2016) si contrappongano valori inferiori al 50% in Sardegna, P.A. di Bolzano, Campania e Calabria (addirittura solo il 38% dei MMG), e valori superiori all'80% nelle Marche, in Emilia-Romagna, P.A. di Trento e Veneto. In contesti a scarsa partecipazione

alle forme associative, la criticità principale sarà quella di sviluppare e diffondere una cultura partecipativa e aggregativa che è condizione necessaria, sebbene non sufficiente, per l'efficacia del modello CdC, basato sul funzionamento dell'équipe multi-professionale. Neanche i contesti a elevata partecipazione alle forme associative saranno immuni da criticità relative all'*engagement* della medicina generale, in particolare laddove lo sviluppo delle forme aggregative sia avvenuto al di fuori di luoghi fisici aziendali come le Case della Salute. È il caso, ad esempio, delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI) del Veneto, dove l'aggregazione strutturale è stata delegata alle forme associative della medicina generale, o di contesti dove a una elevata partecipazione alle forme associative non ha corrisposto nel tempo uno sviluppo di dimensioni proporzionali di modelli come la Casa della Salute (è il caso, ad esempio, di alcune aree della Toscana). In contesti con queste caratteristiche il tema che si pone è quello del management della transizione, ovvero come trasferire fisicamente o collegare funzionalmente esperienze aggregative positive e consolidate nel tempo all'interno di un modello organizzativo che è comunque un'innovazione rilevante per i medici aderenti. La transizione troverà un potenziale ostacolo nella demografia dei professionisti (il 78% è a oltre 27 anni dalla laurea, con picco del 89% in Campania; era il 72% nel 2016 – Annuario Statistico del SSN, 2022) e un fattore facilitante laddove si sia già avviato un significativo processo di *turn over*.

Ulteriore aspetto da evidenziare è quello relativo al personale e, in particolare, al personale infermieristico. Il rispetto degli standard relativi al personale infermieristico e l'attivazione dei servizi di équipe che prevedono il coinvolgimento di personale non medico (psicologi, assistenti sociale, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione, ecc.) dipenderà dalla capacità delle aziende di recuperare internamente risorse funzionali all'implementazione del modello, non soltanto da un punto di vista quantitativo, ma anche da un punto di vista qualitativo. Su questo processo incideranno in modo rilevante la cultura organizzativa e la maturità delle esperienze, favorendo i contesti in cui la definizione di criteri e meccanismi di selezione, di distribuzione di competenze e responsabilità e la costruzione dei percorsi di formazione sono già parte dei processi aziendali.

Un ultimo elemento di riflessione riguarda la componente fisica e strutturale. Il PNRR e le risorse annesse rappresentano evidentemente un piano di edilizia sanitaria, oltre che un'occasione di riforma dell'assistenza territoriale. Il criterio di riparto delle risorse ha tenuto conto di un chiaro squilibrio nella dotazione di strutture tra diversi contesti regionali, a partire da una minore presenza al centro-sud di presidi individuati come Case della Salute e quindi potenzialmente idonei a una rapida riconversione in CdC (dato confermato da tutte le mappature realizzate). Per tale motivo è stato definito un criterio di riparto che prevede che il 45% delle risorse complessivamente disponibili per

l'investimento M6C1 (900 milioni su 2 miliardi) siano destinati alle regioni meridionali, a fronte di circa il 34% della popolazione. Nell'assegnazione dei target da raggiungere in termini di attivazione è stata poi privilegiata una distribuzione delle strutture finanziate che fosse proporzionale alle risorse assegnate, in modo che per ognuna delle strutture assegnate in base al target PNRR siano assegnate in media le stesse risorse (circa 1,5 milioni di euro per ogni struttura da attivare). Questa modalità di ripartizione delle risorse ha sicuramente consentito di ridurre gli squilibri esistenti che un riparto basato esclusivamente su un criterio pro capite avrebbe amplificato. Non è probabilmente sufficiente a ridurre il gap in essere, non solo e necessariamente tra regioni settentrionali e centro-meridionali, ma più in generale tra realtà più avanzate e strutture più diffuse e contesti in cui il processo di razionalizzazione della rete guidato dall'adozione dei modelli assimilabili alla Casa della Salute non aveva ancora preso piede. A titolo di esempio, realtà come Emilia-Romagna e Toscana riceveranno comunque 1,5 milioni di euro per ognuna delle CdC previste (con una previsione pari per entrambe a 0,9 CdC per 50 mila abitanti invece delle 1,1 CdC del livello nazionale) a fronte di una disponibilità di Case della Salute che già nel 2021 superava quanto previsto dal target PNRR (Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2022). Al contrario, una regione come la Calabria avrà a disposizione lo stesso ammontare di risorse per ognuna delle strutture da attivare (57, pari a 1,6 strutture ogni 50 mila abitanti), ma partendo da una situazione enormemente più carente, dato che dai Contratti Istituzionali di Sviluppo risulta come il 62% delle CdC da attivare non preveda l'utilizzo di «spazi esistenti e funzionali» (in Emilia-Romagna solo il 38%).

10.6 Riflessioni conclusive

Lo scopo della ricerca era quello di individuare quei fattori che nei prossimi anni avranno un impatto rilevante sull'implementazione della CdC intesa come strumento finalizzato a potenziare l'assistenza di prossimità, a partire dalla diffusione di logiche multi-specialistiche e multi-professionali all'interno di un luogo definito e ben identificabile. Considerata anche la fase in cui è stato realizzato, preliminare rispetto a un impegno che ha un orizzonte come minimo quinquennale, il contributo non mira dunque a fornire giudizi sullo stato di avanzamento o sul grado di attuazione raggiunto dalle singole realtà coinvolte nello studio, ma è finalizzato, sulla base dei giudizi registrati dalla ricerca, a fornire agli attori del sistema elementi generali di riflessione che possano contribuire a una buona implementazione di un intervento su cui si concentrano elevate aspettative di politica, *policy makers* e opinione pubblica. In conclusione tre sembrano essere le aree generali di problemi su cui sarebbe necessario porre maggiore attenzione e concentrare gli sforzi.

La prima deriva dai contenuti coperti dalle indicazioni centrali e dal loro grado di cogenza. Il quadro normativo e regolatorio offre, infatti, indicazioni esplicite, ma adattabili, su alcune delle condizioni di funzionamento che caratterizzano il nuovo modello. Si tratta di elementi fondamentali quali gli standard di personale o il portafoglio di servizi da offrire. In questo caso la natura esplicita del richiamo e la necessità, quindi, di operare delle scelte assicura una positiva attenzione da parte di tutti gli attori coinvolti ed è anche in grado di alimentare una riflessione collettiva. Una parte altrettanto rilevante rimane invece largamente implicita e sembra, in qualche modo, essere data per scontata, come se fosse naturalmente incorporata e discendesse fisiologicamente dal modello generale. Si tratta di elementi rilevanti sul piano organizzativo e operativo quali l'afferenza organizzativa della CdC e dei servizi in essa contenuti, l'assegnazione delle responsabilità, considerati i diversi prodotti e processi in gioco, i meccanismi operativi che ne determinano il funzionamento, la costruzione e il governo delle reti, la convivenza con altre tipologie di interventi e setting (tra tutti gli OdC e le COT, ma anche l'ADI) che sono tuttora oggetto di pari attenzione e risorse e che richiederanno un'elevata capacità di project management. Sono tutti elementi fondamentali per caratterizzarne l'effettivo funzionamento ma che risultano residuali non solo nei documenti di programmazione, ma anche nel dibattito collettivo e nella agenda dei diversi attori. Pur comprendendo le ragioni di un dibattito schiacciato quasi esclusivamente su progettazione delle strutture e carenza di risorse umane e finanziarie, gli assetti organizzativi e operativi delle nuove CdC rimangono un tema ineludibile.

Il secondo elemento riguarda il ruolo di soggetti esterni al sistema e all'Azienda nel processo di «territorializzazione» e nella efficace implementazione del modello CdC. La realizzazione del modello prefigurato, pur con tutte le sue incertezze e ambiguità, implica, infatti, non solo la costruzione di nuovi o rinnovati presidi sanitari e dei rispettivi meccanismi di funzionamento, ma indica la via per un modello di risposta complessivo del sistema pubblico e della collettività ai bisogni di salute della popolazione, nella loro accezione più estesa (sanitari, sociosanitari e socioassistenziali). Il rischio è che l'attenzione si focalizzi troppo sulla attuazione dei programmi interni al sistema, trascurando la dimensione di cambiamento strategico del sistema e della ridefinizione delle relazioni tra soggetti diversi. Così a una pressione nei confronti delle Aziende sulla *execution* da parte dei livelli superiori di governo potrebbe non corrispondere un pari grado di adesione e reattività di soggetti esterni e, quindi, di realizzazione effettiva del progetto. Il tema di chi si possa assumere la responsabilità dell'interlocuzione e dei suoi esiti rimane aperto e, ancora, poco considerato.

Il terzo elemento riguarda il rapporto tra dimensione «fisica» e «virtuale» delle CdC. In questa fase gran parte dell'attenzione è ancorata alla dimensione fisica, aspetto comprensibile considerando che le risorse al momento disponi-

bili sono destinate esclusivamente agli investimenti infrastrutturali sui presidi. Un tema su cui auspicabilmente si dovrebbe porre una maggiore attenzione riguarda il ruolo assegnato alla fisicità, ovvero se la CdC continua ad essere primariamente un luogo «fisico», o se invece prevarrà la sua dimensione «virtuale» come modello che associa e governa in modo unitario un insieme di meccanismi diversi che afferiscono al mondo dell'assistenza territoriale. A questo va aggiunto come, spinta dallo sviluppo delle tecnologie e dall'ulteriore diffusione della telemedicina, la dimensione fisica andrà sempre di più a perdere terreno rispetto a quella dimensione «virtuale» che rende meno rilevante il tema dei presidi fisici e dei bacini di utenza di riferimento e che appare in alcuni casi l'unica modalità possibile per immaginare il rispetto di alcuni dei requisiti previsti dal DM 77.

Infine, rimane sullo sfondo il grande problema dei finanziamenti (correnti) a supporto dell'intero processo. In un disegno complessivo che presuppone un importante potenziamento di servizi e articolazioni fino a poco tempo fa inesistenti o oggetto di un'attenzione enormemente più marginale, condizionare la realizzabilità unicamente ai processi di riorganizzazione aziendali (diverso utilizzo delle sole risorse esistenti) comporta un rischio elevato di invalidare, o comunque ritardare in modo significativo, l'intero processo di riforma del nostro sistema.

10.7 Bibliografia

- AGENAS (2022), «Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità. Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR», Roma, aprile 2022.
- AGENAS e Politecnico di Milano (2022), «Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità», *Monitor*, supplemento.
- ARS Toscana (2016), «Le Case della salute in Toscana per una presa in carico globale della persona». Tratto da: <https://www.ars.toscana.it/aree-dintervento/problemi-di-salute/malattie-croniche/news/3424-in-aumento-le-case-della-salute-in-toscana-per-una-presa-in-carico-globale-della-persona.html>
- Barzan E., Petracca F., Tozzi V.D., e Zazzera A. (2021), «Regione, azienda sanitaria e medicina generale: relazione in trasformazione», in Cergas (a cura di) *Rapporto Oasi 2019*, Milano, Egea, pp. 417-455.
- Ciani O. E Da Ros, A.A.VV. (2021), «La scienza dell'implementazione: come supportare l'adozione efficace di pratiche basate sulle evidenze nella sanità moderna», *Tendenze nuove*, Numero Speciale 3 2021; 5-26.
- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (2020), «Linee di indirizzo infermiere di

- famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77». Tratto da: <http://www.regioni.it/download/conferenze/618441/>
- C.R.E.A. Sanità (2020), «Case della salute e presidi territoriali di assistenza Lo stato dell'arte», Roma, 23.03.2020.
- Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., et al. (2009), «Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science», *Implement. Sci.*; 4: 50. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.
- Del Vecchio M., Giudice L., Mallarini E., Preti L.M., e Rappini V. (2021), «Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete», in Cergas (a cura di) *Rapporto Oasi 2021*, Milano, Egea, pp. 519-561.
- Del Vecchio M., Prenestini A. e Rappini V. (2014), «La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi», in Cergas (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- FNOPI (2020), «Position Statement. L'infermiere di famiglia e di comunità», Tratto da: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>
- Greenhalgh T., Robert G., Macfarlane F., Bate P., e Kyriakidou O. (2004), «Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations», *The milbank quarterly*, 82(4), 581-629.
- Longo F. e Zazzera A. (2022), «Dalle Case della Salute a quelle di Comunità: quale vocazione?». Tratto da: www.lombardiasociale.it.
- Kirk M.A., Kelley C., Yankey N., Birken S.A., Abadie B., e Damschroder L. (2015), «A systematic review of the use of the consolidated framework for implementation research», *Implementation Science*, 11(1), 1-13.
- Ministero della Salute (2022), «Annuario Statistico del SSN. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2020. Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica». Tratto da: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3245_allegato.pdf
- Morando V., Prenestini A. e Rappini V. (2017), «Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale», in Cergas (a cura di) *Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea, pp. 457-499.
- Nobilio L., Berti E. e Moro M.L. (2020), «Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019», *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale*, Dossier 269-2020. ISSN 1591-223X.
- Peters D.H., Adam T., Alonge O., Agyepong I.A., e Tran N. (2013), «Implementation research: what it is and how to do it», *Bmj*, 347.
- Rabin B.A., Brownson R.C., Haire-Joshu D., Kreuter M.W., e Weaver N.L. (2008), «A glossary for dissemination and implementation research in

health», *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117-123.

Sabatier P.A. (1986), «Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis», *Journal of public policy*, 6(1), 21-48.

Ufficio Parlamentare di Bilancio (2022), «Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti». Tratto da: <https://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-4-2022-il-pnrr-e-la-sanita-finalita-risorse-e-primi-traguardi-raggiunti/>

Ufficio Studi della Camera dei Deputati (2021), «Case della Salute ed ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie, Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», n° 144, 1° marzo 2021.

Zazzera A. (2022), «Le Case della Comunità come luogo di Community Building». Tratto da www.lombardiasociale.it