

# 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



## 12 **Gli Ospedali di Comunità: quali prospettive alla luce del PNRR?**

*di Giovanni Fattore, Francesca Meda e Michela Meregaglia<sup>1</sup>*

### 12.1 **Oggetto e obiettivi di ricerca**

Le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e nel Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 (di seguito DM 77/2022) evidenziano quanto il rafforzamento dei servizi territoriali sia considerato il perno essenziale sul quale basare il rilancio e lo sviluppo futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In particolare, guardando agli standard prefissati in tema di Ospedali di Comunità (OdC), il DM 77/2022 prevede di garantirne uno con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Si tratta evidentemente di un progetto ambizioso, che impone una profonda riconfigurazione del sistema sanitario e un impegno straordinario di risorse per costruire le nuove strutture e/o ammodernare quelle già presenti, per integrarle nella filiera complessiva dei servizi assistenziali, e per dotare i presidi dell'adeguato quantitativo di personale e tecnologie. Nel precedente Rapporto OASI 2021 (Fattore *et al.*, 2021) si evidenziava come, a fronte di un quadro normativo nazionale piuttosto frammentato e con un percorso di approvazione decisamente lungo e a tratti poco chiaro, i diversi contesti regionali abbiano nel corso del tempo interpretato l'ospedale di comunità in modo differente, in ragione anche delle caratteristiche distintive del proprio sistema sanitario regionale. Se questo da un lato rappresenta un dato fisiologico viste le forti eterogeneità tra i contesti territoriali, dall'altro comporta inevitabilmente la necessità di constatare una disponibilità oggettivamente disomogenea di setting territoriali tra regioni, con conseguenze significative in termini innanzitutto di equità nell'accesso alle cure (Del Vecchio *et al.*, 2016; Morando e Tozzi, 2016).

In questo senso si muove il sopracitato DM 77/2022, definendo degli stan-

---

<sup>1</sup> Benché il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i paragrafi 12.1, 12.2 sono da attribuire a Francesca Meda; il paragrafo 12.3 a Michela Meregaglia; il paragrafo 12.4 a Francesca Meda e Michela Meregaglia; i paragrafi 12.5, 12.6 e 12.7 a Giovanni Fattore.

dard di servizio comuni, dei “contenitori” di significato, che poi le regioni sono chiamate a dotare di senso. Ad oggi, quindi, se da un lato il perimetro del disegno programmatico appare più chiaro (in termini ad esempio di target, standard, tempistiche, etc.), ancora molte domande rimangono aperte rispetto alle sfide che il processo di implementazione e realizzazione comporterà nel prossimo futuro: quali priorità strategiche e vocazioni produttive appartengono agli OdC? Come connettere e integrare queste strutture con gli altri setting di cura, territoriali e ospedalieri? Quali figure professionali inserire in questo setting di cura e secondo quali modalità organizzative?

L'obiettivo del presente capitolo è quello di approfondire ulteriormente l'analisi rispetto a quanto emerso nel precedente capitolo sugli OdC pubblicato nel Rapporto OASI 2021 (ibid.), indagando l'evoluzione e le progettualità previste nel breve e medio periodo per queste strutture alla luce delle indicazioni di sviluppo contenute nel PNRR. In particolare, vengono analizzate le priorità strategiche, le vocazioni produttive e i modelli di servizio, il target di utenza e la tipologia di bisogni da soddisfare, la tipologia di personale clinico e amministrativo coinvolto, la dotazione tecnologica e i modelli di integrazione e interconnessione con gli altri servizi e setting di cura e assistenza, sia territoriali che ospedalieri.

Alla luce della normativa nazionale di riferimento, riportata nel paragrafo 12.2, gli obiettivi del presente studio sono: (1) analizzare le informazioni contenute nei Piani Operativi Regionali (POR) contenuti nei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) stipulati tra Ministero della Salute e Regioni in termini di sviluppo e implementazione degli interventi relativi agli OdC, al fine di restituirne una lettura comparata ed individuare eventuali divari di programmazione (§ 12.4); (2) identificare e studiare approfonditamente alcune strutture di particolare interesse e rilevanza (‘casi studio’): tre sul territorio nazionale e uno internazionale (§ 12.4); (3) proporre alcune riflessioni in merito alla realizzazione futura di queste nuove strutture (§ 12.5 e § 12.6).

## **12.2 Gli ospedali di comunità: il quadro normativo**

Il percorso normativo che ha portato alla definizione degli OdC è stato piuttosto lungo. Si parla per la prima volta di OdC nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che lo identifica come «una struttura, a cura dei medici di assistenza primaria, dedicata all’attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto, al consolidamento delle condizioni fisiche, alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti», ovvero come uno strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere. Il successivo riferimento normativo si riscontra nel Patto per la Salute 2014-2016, in cui all’art. 5, comma 17 si fa esplicito rife-

rimento agli OdC quali presidi da costituire e attivare «al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati e i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale». In tali presidi «l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale (MMG) o dai pediatri di libera scelta (PLS) o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN». Gli OdC effettuano «ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili al domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità al domicilio (strutturale e familiare) e/o di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non derogabile a domicilio». Nel Patto per la Salute 2014-2016 viene inoltre specificata la necessità di stipulare – entro il 31 dicembre 2014 – un'Intesa tra Stato e Regioni per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi degli OdC. L'Intesa verrà sancita solamente nel febbraio 2020 (atto n. 17/CSR del 20 febbraio 2020), con la definizione delle caratteristiche generali, dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per gli OdC. Prima però di descrivere i contenuti di questo atto normativo più recente, è necessario tornare un po' indietro, al Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015, in cui all'art. 10 si fa riferimento alla «continuità ospedale-territorio» e si chiarisce che cosa si intende per struttura intermedia: «una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario: (a) consolidare le condizioni fisiche; (b) continuare il processo di recupero funzionale; (c) accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero; oppure pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera». Al comma 1 del medesimo articolo, il Decreto dà le prime indicazioni strutturali identificative dell'OdC: «è una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare) e/o di sorveglianza infermieristica continuativa. La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai MMG, dai PLS e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica

dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali». Con il DM 70/2015 vengono quindi confermati alcuni aspetti già richiamati nella normativa precedente: l'OdC come congiunzione tra ospedale e territorio, la bassa complessità come vocazione primaria, la presenza di professioni infermieristiche, MMG e PLS come caratteristica distintiva di queste strutture, che mirano ad essere un (auspicato) veicolo di integrazione ospedale-territorio. Si aggiungono però anche alcuni elementi specifici ulteriori: il ricovero deve essere breve (15/20 giorni di degenza media), i presidi hanno dimensioni ridotte (15-20 posti letto), la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale sta in capo al distretto.

Successivamente, nel Piano Nazionale Cronicità (PNC) del 2016, gli OdC vengono menzionati all'interno di un quadro di visione ampio che mira al potenziamento della rete territoriale al fine di «ridurre i ricoveri impropri ed anche quelli, certamente più numerosi, che, seppure appropriati, originano da una carenza di assistenza e dall'insorgenza di complicanze croniche». In questo senso, l'OdC viene descritto come una «struttura sanitaria territoriale gestita anche dai MMG che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media/bassa intensità e breve durata, per la gestione appropriata di patologie momentaneamente scompensate o riacutizzate con rischio sociale variabile. L'ospedale di comunità si colloca come anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria». Il PNC del 2016 rafforza ancora di più l'immagine dell'OdC come setting intermedio che, in quanto tale, permette di evitare ricoveri ospedalieri impropri. La funzione dell'OdC appare sempre più chiaramente come quella di assicurare l'appropriatezza di *altri* setting assistenziali, occupandosi di ciò che in questi ultimi sarebbe inappropriato curare.

La vera svolta da un punto di vista normativo si ha però solo nel febbraio 2020, quando, come precedentemente accennato, la Conferenza Permanente Stato-Regioni sancisce l'intesa sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dell'OdC, in adempimento a quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016. L'Intesa dettaglia le caratteristiche generali degli OdC, in termini di definizione, individuazione della sede, posti letto, target di utenza, responsabilità, modello di accesso e definisce anche i requisiti minimi generali strutturali, tecnologici, organizzativi e clinico-assistenziali. Tutti questi elementi vengono ripresi, maggiormente dettagliati (es. target di utenza) o addirittura integrati con nuovi aspetti (es. standard in termini di personale) con il già citato DM 77/2022.

Con il DM 77/2022 viene infatti adottato il Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, precedentemente sviluppato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Alle Regioni viene richiesto di

«adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR» (art.1, comma 3). Gli standard (infrastrutturali, tecnologici, di personale) riguardano le seguenti componenti di assistenza territoriale: la stratificazione e la medicina di iniziativa, le funzioni del Distretto, la Casa della Comunità (CdC), la Centrale Operativa Territoriale (COT), l'Ospedale di Comunità (OdC), l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), la Centrale Operativa 116117, la Rete di Cure Palliative, l'area materno-infantile, prevenzione e telemedicina.

In particolare, l'OdC viene identificato come una «struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio» (cfr. Allegato 1 del DM 77/2022). L'OdC rappresenta quindi una struttura intermedia tra l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'assistenza ospedaliera con funzioni diverse da quelle delle strutture residenziali extra-ospedaliere per malati cronici non autosufficienti, per disabili e per malati terminali, definite dal DPCM del 12 gennaio 2017 (artt. 29-35). Si tratta, infatti, di un presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve destinato ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e di sorveglianza infermieristica continuativa. Nello specifico, si tratta di pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi potenzialmente erogabili a domicilio ma che vengono ricoverati nell'OdC in mancanza di idoneità strutturale e/o familiare del domicilio stesso. Vengono identificate quattro tipologie precise di pazienti eleggibili:

- A. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- B. pazienti, prevalentemente affetti da multi-morbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- C. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- D. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanzarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al manteni-

mento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi, PDTA o protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti provengono dal domicilio, da altre strutture residenziali (es. Residenze Sanitarie Assistenziali, RSA), dai presidi ospedalieri per acuti o dal pronto soccorso, generalmente a seguito di una valutazione multidimensionale eseguita in fase di accesso. L'accesso può avvenire su proposta del medico di medicina generale (MMG), medico di continuità assistenziale, medico specialista ambulatoriale interno e ospedaliero, medico di pronto soccorso o pediatra di libera scelta (PLS). Il ricovero deve avere una durata massima di 30 giorni, prolungabile solo in casi eccezionali e di situazioni cliniche non risolte.

Logisticamente, l'OdC può avere una sede propria, oppure essere ubicato all'interno di presidi sanitari polifunzionali, strutture residenziali o ospedali per acuti, pur rimanendo riconducibile all'assistenza territoriale. Il numero di posti letto è di norma compreso tra 15 e 20, con possibilità di estensione fino a due moduli, con 15-20 posti ciascuno. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti pediatrici, oppure per pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera.

Per quanto riguarda la gestione delle attività, essa è in capo all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie e deve essere basata su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui vengono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN; quindi, può essere attribuita anche a MMG/PLS o Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI). La responsabilità organizzativa è affidata invece ad un responsabile infermieristico. Rispetto agli standard di personale, un OdC di 20 PL dovrebbe avere una dotazione di 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico), 4-6 operatori sociosanitari (OSS), 1-2 unità di personale con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7. L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati: in dettaglio, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio. L'assistenza medica notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura. L'assistenza infermieristica è garantita 24 ore 7 giorni su 7, con il supporto degli operatori sociosanitari (OSS); l'infermiere è responsabile delle transizioni di cura dei pa-

zienti, assicurandone la continuità assistenziale, interfacciandosi con le COT e facilitandone l'assistenza una volta rientrato a domicilio.

Rispetto ai requisiti tecnologici, l'OdC dovrebbe avere disponibili almeno le seguenti dotazioni tecnologiche: defibrillatore, elettrocardiografo portatile/telemedicina, saturimetro, spirometro, emogasanalizzatore, apparecchio per esami POC, ecografo; ecc. Complessivamente si tratta di una dotazione minima che appare coerente con la finalità dell'OdC di fornire assistenza di basso-medio livello.

Rispetto alla dotazione di OdC sul territorio nazionale, il decreto stabilisce uno standard di 1 OdC da 20 PL ogni 100.000 abitanti, che implica una dotazione complessiva di circa 590 OdC sul territorio per un totale di 11.800 PL. Questi standard superano di fatto il numero complessivo di strutture da realizzare con i fondi PNRR (ovvero 400 nuovi OdC per 1 miliardo di euro).

Nella normativa nazionale viene quindi definito il ruolo dell'OdC nella compagine complessiva del SSN: si tratta di una struttura di ricovero breve e con un numero limitato di posti letto; che si rivolge a pazienti cronici e/o anziani, che necessitano di assistenza continuativa; che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; che eroga interventi a bassa intensità clinico-assistenziale; che può assumere configurazioni logistico-spaziali anche molto differenti tra loro. Ad oggi, i confini normativi sono stati spesso interpretati in modo estensivo, attraverso la proliferazione di molte e diverse configurazioni dell'OdC che, in virtù del proprio processo di sviluppo, assume peculiarità differenti a seconda del contesto regionale e, a volte, anche locale. La sfida attuale, dunque, è di natura duplice: da un lato, i territori che possono già vantare dotazioni importanti di OdC (si pensi al Veneto o all'Emilia Romagna) dovranno comprendere quale vocazione prevalente esprimono ad oggi queste strutture e come poterla integrare, rafforzare o sviluppare con i futuri interventi previsti da PNRR e DM 77/2022; dall'altro, i territori ancora "vergini", o non caratterizzati da una presenza significativa di OdC, dovranno interrogarsi su come realizzarli ex novo, dotandoli di una *mission* chiara, evitando rischi di duplicazione o sovrapposizione di setting assistenziali.

### 12.3 Metodologia di ricerca

La metodologia del presente studio si è articolata in tre fasi di attività. In primo luogo, è stata condotta un'analisi desk dei POR integrati nei contratti istituzionali di sviluppo (CIS), stipulati tra Ministero della Salute e Regioni per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti previsti dal PNRR<sup>2</sup>. L'analisi si è fo-

<sup>2</sup> I Contratti di Sviluppo tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome sono identificati dalla normativa nazionale per la Missione 6 Salute del PNRR (art. 56 del Decreto-



calizzata sugli interventi relativi agli OdC (Investimento 1.3 della Componente 1 della Missione 6 del PNRR), per raccogliere informazioni aggiornate sul numero, l'ubicazione, le fonti di finanziamento e la tipologia di intervento (in particolare, se si tratta della costruzione di un nuovo edificio o piuttosto della ristrutturazione/riconversione di uno già esistente). Questa attività ha avuto come obiettivo ultimo la produzione di un database integrato che permettesse il confronto tra le diverse indicazioni regionali relative alle nuove strutture territoriali previste da PNRR. I dati dei piani operativi sono stati poi opportunamente confrontati con gli standard infrastrutturali e di personale previsti dal sopracitato DM 77/2022, per evidenziare eventuali gap di programmazione significativi.

In secondo luogo, in data 9 maggio 2022, presso la SDA Bocconi, è stato organizzato un focus group rivolto ai direttori di diverse aziende, suddivisi in due gruppi per facilitarne la discussione e la partecipazione attiva. L'obiettivo di questo incontro era quello di raccogliere il punto di vista dei vertici aziendali in merito a questioni-chiave riguardanti gli OdC, con riferimento sia allo status quo che alle prospettive evolutive della propria azienda. Ai partecipanti è stato chiesto di fornire le proprie considerazioni sull'evoluzione degli OdC ponendo loro due domande:

1. Tra le quattro categorie di pazienti individuati dal DM 77/2022 come potenzialmente eleggibili al ricovero in OdC (A. pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio; B. pazienti affetti da multi morbidità provenienti da una struttura ospedaliera; C. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi; D. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo), quale/i gruppo/i considerate prioritari? E perché?
2. Di quali professionisti ha bisogno l'OdC, e quali sfide intravedete nella dotazione del personale necessario?

Le domande sono state utilizzate come punto di partenza per generare una discussione più ampia sugli OdC, essendo concesso ai partecipanti di trattare anche altri temi a riguardo.

In terzo luogo, sono stati selezionati tre casi studio aziendali, ubicati in tre diverse Regioni (Lombardia, Veneto e Abruzzo), per i quali sono state effettuate interviste semi-strutturate con i referenti delle singole aziende sanitarie (in ognuno dei tre casi è stato intervistato il Direttore Sanitario)<sup>3</sup>. I tre contesti

---

Legge 31 maggio 2021 n. 77). Tutti i 21 CIS previsti sono stati sottoscritti dal Ministero della Salute e dalle Regioni e Province Autonome a fine maggio 2022.

<sup>3</sup> Dell'AULSS 6 Euganea del Veneto è stato intervistato il Direttore dei Servizi Socio-sanitari, dell'ASST Mantova il Direttore Socio-sanitario, dell'ASL 1 abruzzese il Direttore Sanitario.

regionali sono stati identificati secondo un criterio di rappresentatività geografica e per la loro differente condizione di partenza rispetto allo sviluppo di nuovi OdC: il Veneto rappresenta infatti un territorio con una presenza già molto significativa e radicata di queste strutture; la Lombardia costituisce invece un contesto in un certo senso “ibrido”, dove formalmente erano già state previste strutture assimilabili agli OdC (cfr. i Presidi Ospedalieri Territoriali, POT ex DGR XI/2019 del 31 luglio 2019), che di fatto però, sono stati attivati in modalità residuale e poco frequente dalle Aziende Sanitarie; infine, l’Abruzzo è stato scelto come contesto rappresentativo delle regioni meridionali, storicamente più sprovviste o, più precisamente, dotate di strutture che parzialmente hanno assolto nel tempo alcune funzioni proprie degli OdC ma senza un disegno di programmazione complessiva a livello regionale e maggiormente in virtù di alcune iniziative puramente locali. Risulta particolarmente significativo infatti studiare come diversi contesti regionali, che presentano appunto differenti stadi di sviluppo, evoluzione e utilizzo di queste strutture, si avvicinino a queste ultime, le inseriscano nel quadro più ampio dell’assistenza erogata sul proprio territorio e ne decidano la mission prevalente.

Le strutture individuate sono state invitate a partecipare tramite e-mail inviata all’indirizzo istituzionale, eventualmente integrata da un contatto telefonico. L’intervista, della durata di circa un’ora, è stata articolata in sei tematiche: status quo e piano di sviluppo degli OdC; modello di OdC; target di pazienti; risorse; governance; sfide future, come mostrato nella Tabella 12.1. Le domande erano sufficientemente ampie per consentire al partecipante di introdurre nuovi temi e ulteriori spazi di riflessione. Le interviste si sono svolte tra giugno e luglio 2022, interamente online, sono state video-registrate previo consenso orale del partecipante, e successivamente trascritte e analizzate. I documenti utilizzati per la mappatura delle strutture sono stati utilizzati ad integrazione delle informazioni raccolte durante l’intervista.

I casi nazionali sono stati integrati con lo studio di un’esperienza internazionale. Dato lo sforzo significativo di programmazione che il nostro Paese è chiamato a svolgere in un lasso temporale decisamente breve per sviluppare e rafforzare l’assistenza territoriale, si è voluta infatti indagare l’esperienza inglese relativa ai *community hospitals* (CHs), per poter raccogliere prime informazioni riguardanti la mission di queste strutture, i modelli organizzativi, l’integrazione con la filiera dei servizi, e il personale operante all’interno. Come evidenziato nel precedente Rapporto OASI infatti (cfr. Fattore *et al.*, 2021), il Regno Unito rappresenta il luogo in cui convenzionalmente viene riconosciuta la nascita di queste strutture territoriali, che possono di fatto vantare una tradizione lunga più di 160 anni (Pitchforth *et al.*, 2017). Per questo, risulta significativo e rilevante, nella prospettiva di un Paese che dovrà costruire più di 400 OdC, studiare l’evoluzione dei corrispondenti CHs inglesi, e della loro percezione da parte del settore dei servizi sanitari e socio-assistenziali e della comunità dei

Tabella 12.1 **Traccia dell'intervista semi-strutturata**

<b>1. Piano di sviluppo aziendale</b>	Qual è la situazione attuale degli OdC esistenti nel vostro territorio?
	Cosa prevede il piano aziendale di sviluppo delle nuove strutture territoriali sulla base del PNRR (nuove strutture e/o riqualificazione di quelle esistenti)?
<b>2. Modello di offerta</b>	Quale ubicazione verrà privilegiata per i nuovi OdC (o per la riqualificazione di quelli in essere)? OdC indipendenti, oppure inseriti in RSA-CRA, ospedali, Case della Comunità, o altri centri polifunzionali?
	Si prevede che tale modello sarà omogeneo sul territorio o differenziato per singola sede?
	Quali caratteristiche e quali funzioni avranno i nuovi OdC, anche rispetto agli altri setting assistenziali?
<b>3. Target di pazienti</b>	Quale/i delle quattro categorie di pazienti individuate dal DM 77/2022 si ritiene prioritaria per i nuovi OdC della vostra azienda, e perché?
	a. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
	b. pazienti, prevalentemente affetti da multi morbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
	c. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
	d. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo
<b>4. Risorse</b>	<i>Personale:</i>
	a. Si prevede un aumento nel fabbisogno di personale (medici, infermieri, altro) per i nuovi OdC, e quali criticità si intravedono nel suo reclutamento?
	b. Si ritiene che l'OdC sia il setting appropriato per valorizzare il personale non medico (es. infermiere)? Se sì, con quali modalità?
	c. Si prevede un coinvolgimento degli MMG? Se sì, con quali modalità?
	<i>Tecnologie:</i>
	Quale tipo di dotazione tecnologica si prevede di fornire agli OdC?
<b>5. Governance</b>	Quali sono stati i rapporti Regione-Azienda nella definizione del numero e dell'ubicazione dei nuovi OdC?
	Come si è articolato il processo decisionale? Sono stati coinvolti altri enti locali (es. Comuni)?
	Quali criticità o, viceversa, opportunità di collaborazione, sono state sperimentate?
<b>6. Sfide future</b>	In generale, quali sfide, minacce e opportunità si prevedono nel prossimo futuro, con riferimento al piano di sviluppo degli OdC?

pazienti. Tra il mese di luglio e il mese di settembre 2022 sono state svolte da remoto due interviste semi-strutturate con alcuni esponenti della *Community Hospital Association (CHA)*, un'associazione volontaria e no profit che da più di 50 anni svolge un ruolo di advocacy e supporto per lo sviluppo dei CHs nel Regno Unito. Nella prima intervista, gli intervistati ricoprivano i seguenti ruoli: presidente dell'associazione e due membri del comitato associativo, un'infermiera con un'esperienza pluriennale nei CHs e un management consultant specializzato in modelli organizzativi di assistenza sanitaria territoriale, rappresentante della CHA per il territorio del Galles. Nella seconda intervista hanno partecipato la presidente dell'associazione, il consulente manageriale e un MMG con un'esperienza pluriennale nell'ambito dei CHs e rappresentante della CHA per il territorio della Scozia. Nel corso della sua carriera è inoltre stato presidente della *Scottish Association of Community Hospitals (SACH)*.

La prima intervista ha avuto come scopo quello di indagare in modo approfondito il contesto generale dei CHs inglesi, approfondendo in particolare il ruolo della CHA e le sue principali funzioni in relazione al più ampio contesto del National Health Service (NHS) inglese. La seconda, invece, si è concentrata sull'analisi dettagliata dei CHs presenti nella regione del Galles del Nord, approfondendone le caratteristiche generali di funzionamento, la vocazione e il target di pazienti, il modello organizzativo, lo staff di personale operante e il ruolo svolto durante e dopo l'emergenza pandemica da Covid-19. Come per i casi nazionali, le interviste sono state registrate e successivamente trascritte e analizzate. Le evidenze raccolte dalle interviste sono state integrate con del materiale documentale (articoli scientifici, report istituzionali, documenti di analisi, etc.) che è stato inviato dai referenti della CHA come supporto informativo ulteriore e integrativo.

Infine, le informazioni raccolte con l'analisi desk, il focus group e le interviste sono state analizzate e sistematizzate per formulare una riflessione conclusiva sulle direzioni che le regioni e le singole aziende stanno intraprendendo per ridisegnare l'assistenza territoriale attraverso la creazione di nuovi OdC e/o il rafforzamento di quelli già esistenti.

In questa sede, è anche utile sottolineare le caratteristiche dell'approccio utilizzato sotto il profilo metodologico. Il lavoro di aggiornamento della normativa si può definire fattuale in quanto rivolto a riportare dati oggettivi. In questo caso i ricercatori si limitano a sintetizzare materiale esistente, generalmente di dominio pubblico. Sotto il profilo epistemologico, questo lavoro di ricerca è realista perché teso a riportare informazioni e dati veri, anche se non è da escludere la presenza di un lavoro selettivo (e quindi arbitrario) nella raccolta dei documenti e nella loro analisi. Invece, la metodologia dei casi e dei focus group appartiene ad una tradizione epistemologica diversa (Fattore, 2005). Qui il ricercatore interagisce maggiormente con l'oggetto d'indagine e utilizza l'intervista come fonte primaria di raccolta dati. L'approccio è in questo caso più relativo perché la componente fattuale è soggettivamente rappresentata sia dalla persona intervistata che dall'intervistatore. In termini più tecnici, questo metodo d'indagine produce una rappresentazione della realtà, piuttosto che la realtà stessa. L'intervista restituisce due tipologie di materiale empirico. La prima è fattuale e integra ed approfondisce la normativa e i documenti ufficiali, anche se la scelta delle domande e delle risposte apre comunque spazio per distorsioni più o meno volontarie. In questo senso si può parlare di un realismo selettivo. La seconda tipologia di materiale riguarda le opinioni dell'intervistato. È questo materiale empirico ad essere necessariamente più soggettivo e coerente con una ricerca volta a rappresentare la realtà piuttosto che a scoprirla. Gli spazi di autonomia non possono essere compressi per quanto riguarda l'intervistato, ma sono invece ridotti per quanto concerne l'intervistatore. È proprio per ridurre

l'autonomia dell'intervistatore (il ricercatore) che tutte le interviste effettuate per la stesura del presente capitolo sono state registrate e trascritte. Ciò non elimina il lavoro interpretativo del ricercatore, ma lo limita in misura importante.

## 12.4 Risultati

### 12.4.1 La mappatura dei Piani Operativi delle Regioni

Nell'ambito dei *milestones* previsti dal PNRR per l'attuazione della Missione 6 Salute vi era, per il secondo trimestre del 2022, la sottoscrizione da parte di tutte le Regioni dei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) con il Ministero della Salute per la realizzazione degli interventi ricompresi nella Componente 1 (Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale) e 2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN). Nei CIS la Regione viene identificata quale soggetto attuatore degli interventi, pertanto deve garantire l'avvio tempestivo delle progettualità, assicurando coerenza rispetto ai principi trasversali del PNRR e alle indicazioni della normativa comunitaria e nazionale; coordina le attività di progettazione e realizzazione degli interventi; si impegna a fornire documenti di rendicontazione finanziaria e di performance al livello centrale per certificare lo stato di avanzamento dei lavori.

Tabella 12.2 **Modello di scheda intervento**

<b>Sezione I: Identificazione intervento</b>	La presente sezione deve essere compilata specificando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione/Provincia Autonoma di riferimento e gli elementi identificativi del soggetto richiedente (Ente del SSN);</li> <li>• l'intervento comprensivo di tutti gli elementi identificativi (titolo intervento, CUP/Codice Progetto, Importo complessivo, Investimento PNRR, etc.).</li> </ul>
<b>Sezione II: Descrizione e caratteristiche dell'intervento</b>	La presente sezione deve essere compilata specificando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la tipologia di intervento (i dati dimensionali del singolo intervento in termini di superfici lorde);</li> <li>• la dichiarazione di coerenza dell'intervento con gli obiettivi generali del PNRR;</li> <li>• la dichiarazione di coerenza con gli obiettivi specifici della missione dell'intervento;</li> <li>• l'inquadramento programmatico;</li> <li>• gli aspetti giuridico-amministrativi relativi all'appaltabilità dell'intervento;</li> <li>• le procedure in materia ambientale, archeologica, etc.;</li> <li>• gli elementi progettuali e stato di attuazione attuale/previsto;</li> <li>• il cronoprogramma;</li> <li>• il quadro economico dei lavori.</li> </ul>
<b>Sezione III: Dati economici, finanziari</b>	La presente sezione deve essere compilata specificando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• le fonti di finanziamento del progetto;</li> <li>• il cronoprogramma finanziario.</li> </ul>
<b>Sezione IV: Dati e caratteristiche dell'immobile</b>	La presente sezione deve essere compilata specificando i dati generali e i dati dimensionali/patrimoniali dell'immobile

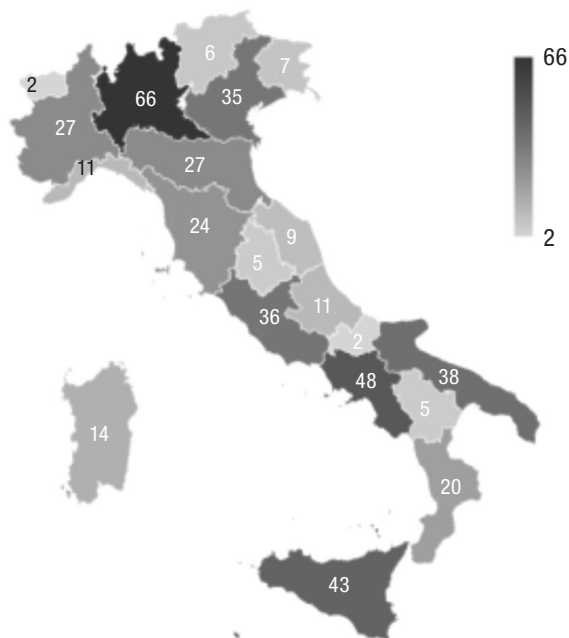
Fonte: Elaborazione autori da Piani Operativi nei CIS regionali, maggio 2022.

Parte integrante del CIS è il Piano Operativo che raccoglie la descrizione dettagliata di ogni linea di investimento, attraverso le cd. “schede intervento”. Il modello di scheda intervento che le Regioni dovevano consegnare ad AGE-NAS entro maggio 2022, è predisposto come illustrato in Tabella 12.2.

Raccogliendo e analizzando i Piani Operativi Regionali (POR) e focalizzandoci sulle schede intervento prodotte per gli OdC, è stato possibile elaborare una prima mappatura degli interventi che le Regioni intendono realizzare specificatamente nell’ambito delle cure intermedie. La Figura 12.1 riporta il numero di OdC che le Regioni intendono edificare/ristrutturare nell’ambito delle indicazioni di sviluppo del PNRR.

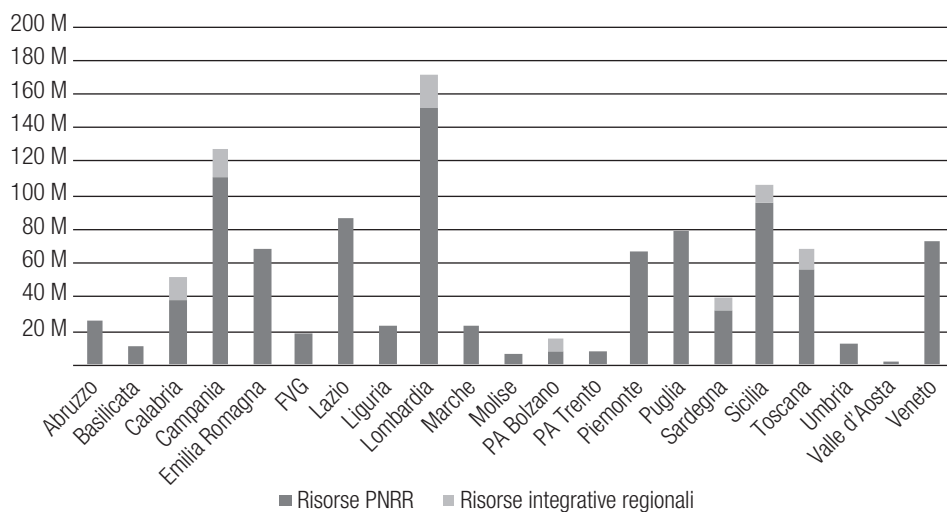
Gli interventi relativi agli OdC portano ad un totale di 436 strutture nuove o esistenti e ristrutturate/riconvertite. Il totale risulta in effetti di poco superiore al target PNRR di 400 OdC poiché le Regioni possono integrare il finanziamento PNRR con fondi regionali extra, da destinare a questo scopo. Di fatto, come mostrato in Figura 12.2, rispetto al miliardo previsto dal PNRR per gli OdC, si aggiungono ulteriori 89 milioni di euro sotto forma di fondi regionali ad hoc, previsti solamente da alcune Regioni, in primis Lombardia (21 €mln), Campania (16 €mln) e Calabria (15 €mln).

Figura 12.1 **Numero di OdC da attivare per Regione secondo le indicazioni dei Piani Operativi Regionali (POR)**



Fonte: Elaborazione autori sui dati contenuti nei Piani Operativi dei CIS regionali, maggio 2022.

Figura 12.2 **Fonti di finanziamento per gli OdC: confronto fondi PNRR e fondi regionali extra**

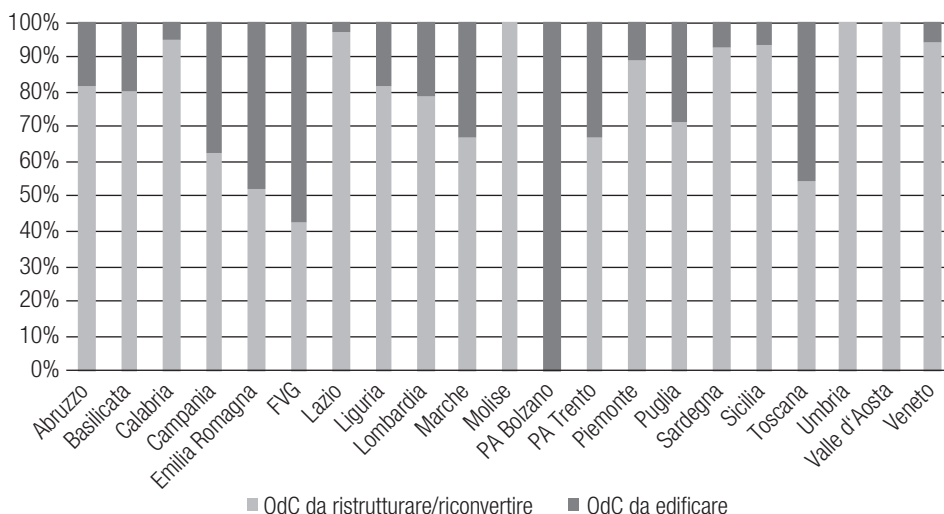


Fonte: Elaborazione autori sui dati contenuti nei Piani Operativi dei CIS regionali, maggio 2022.

Di particolare interesse risulta anche il confronto tra le Regioni in relazione all'oggetto dell'intervento, ovvero la numerosità di strutture esistenti da riconvertire o ristrutturare rispetto a quelle da edificare ex novo (cfr. Figura 12.3). Nella maggior parte dei casi, prevale significativamente l'identificazione di strutture già esistenti da riconvertire, con qualche eccezione (prima fra tutti la PA Bolzano, che riporta esclusivamente tre nuove strutture da edificare come OdC, ma anche il Friuli-Venezia Giulia, e in maniera più bilanciata, Toscana ed Emilia-Romagna). Particolarmente interessante risulta il dato dell'Emilia Romagna che nel POR indica 13 OdC da edificare ex novo e 14 da riconvertire/ristrutturare, evidenziando una situazione in sostanziale parità tra strutture "nuove" e "vecchie" da ristrutturare.

Benché la mappatura degli OdC esistenti elaborata nel capitolo dello scorso Rapporto OASI scontasse qualche limite in termini di esaustività e completezza del dato, si può però apprezzare un primo confronto interessante tra quelle che sono ad oggi le strutture dichiarate esistenti e qualificate come OdC (colonna D della Tabella 12.3) e le strutture programmate nei POR e da attivare (colonna C della Tabella 12.3). Il solo confronto tra i totali (177 contro 436) è in grado di esprimere in modo chiaro e incontrovertibile il grande sforzo che le regioni sono chiamate a fare in termini di dotazione infrastrutturale. Questo sforzo si declina però in maniera molto eterogenea e differente a seconda del singolo territorio di riferimento: il dato della Toscana e dell'Emilia Romagna, ad esempio, è esemplificativo di quei contesti in cui le strutture c'erano già,

Figura 12.3 **OdC da edificare ex novo e da ristrutturare secondo indicazioni POR, confronto % su totale regionale**



Fonte: Elaborazione autori sui dati contenuti nei Piani Operativi dei CIS regionali, maggio 2022.

diffuse capillarmente sul territorio, e in cui gli interventi del PNRR non porteranno un aumento in termini di numeri assoluti di strutture disponibili, quanto piuttosto l'opportunità di ristrutturarne una parte consistente; vi sono poi quei territori che partono da un'esperienza in termini di OdC che può essere considerata sicuramente avviata, ma che è necessario portare avanti e sviluppare ulteriormente (è il caso delle Marche, della Puglia o dell'Abruzzo anche, regioni che presentano OdC all'interno di centri sanitari polivalenti, rispettivamente Punto Assistenza Territoriale, PAT per le Marche e Presidio Territoriale Assistenziale, PTA per la Puglia e l'Abruzzo); è poi opportuno sottolineare che vi sono diverse regioni che ad oggi appaiono sprovviste di strutture esplicitamente riconducibili alle cure intermedie come gli OdC e che quindi dovranno investire in modo significativo ai fini di un aumento complessivo della dotazione disponibile (ad esempio, Basilicata, Calabria, ma anche Umbria).

Dalla mappatura dell'esistente, la maggior parte delle strutture (68,7%) risultava concentrata nelle regioni del Nord, il 21,5% in quelle del Centro e il 10,7% nelle regioni del Sud, pertanto appare chiaro come le regioni del Centro-Sud possano trovare nei fondi del PNRR un'importante occasione per aumentare la propria dotazione e disponibilità di strutture di cure intermedie. Non è e non dovrebbe però essere solamente un discorso di nuovi "muri", ma anche di riconfigurazione della rete territoriale stessa e del modello di OdC: al momento, 37% delle strutture mappate risultano inserite all'interno di ospedali per acuti come reparti/degenze di cure intermedie e una percentuale si-



mile di poco inferiore (35%) presso centri sanitari polifunzionali che offrono prevalentemente cure ambulatoriali. In casi meno frequenti, gli OdC risultano annessi a RSA/CRA (16%) o configurarsi come sedi indipendenti (ca. 13%). Ci si aspetta dunque che le Regioni avviino una riflessione su quale o quali modelli di OdC considerano preferibili e perché, quali rispondono in modo più efficace ai bisogni della popolazione locale e meglio si integrano con il resto della filiera assistenziale.

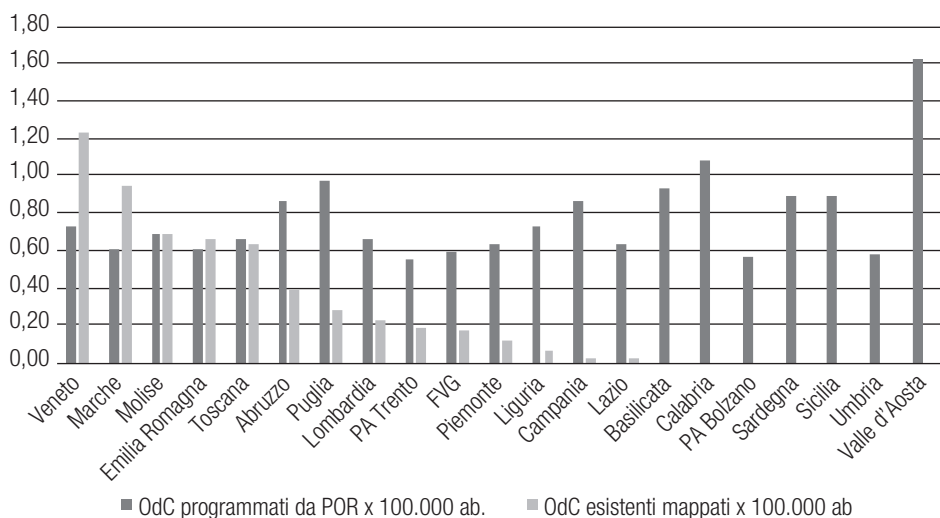
Tabella 12.3 **OdC da edificare ex novo, da ristrutturare e totali secondo le indicazioni dei POR, valori assoluti per Regione**

Regione	Indicazioni di programmazione (POR)			OdC esistenti mappati (Fattore <i>et al.</i> , 2021) (D)
	OdC da edificare ex novo (A)	OdC da ristrutturare/ riconvertire (B)	Totale OdC programmati da attivare (C = A + B)	
Abruzzo	2	9	11	5
Basilicata	1	4	5	0
Calabria	1	19	20	0
Campania	18	30	48	1
Emilia Romagna	13	14	27	29
FVG	4	3	7	2
Lazio	1	35	36	1
Liguria	2	9	11	1
Lombardia	14	52	66	22
Marche	3	6	9	14
Molise	0	2	2	2
PA Bolzano	3	0	3	0
PA Trento	1	2	3	1
Piemonte	3	24	27	5
Puglia	11	27	38	11
Sardegna	1	13	14	0
Sicilia	3	40	43	0
Toscana	11	13	24	23
Umbria	0	5	5	0
Valle d'Aosta	0	2	2	0
Veneto	2	33	35	60
<b>Totale</b>	<b>94</b>	<b>342</b>	<b>436</b>	<b>177</b>

Fonte: Elaborazione autori sui dati contenuti nei Piani Operativi dei CIS regionali, maggio 2022 e Fattore *et al.*, 2021.

Infine, è interessante commentare il confronto tra esistente e programmato rapportando i dati alla popolazione (Figura 12.4). Partendo da una dotazione nazionale pari a 0,30 OdC per 100.000 abitanti, con gli interventi del PNRR si arriverebbe ad un valore pari a 0,74. I casi del Veneto e delle Marche (in cui la dotazione attuale supererebbe quella programmata) risultano difficili da

Figura 12.4 **OdC programmati da POR e OdC esistenti mappati per Regione, valori per 100.000 abitanti, ordinati per OdC esistenti mappati per Regione**



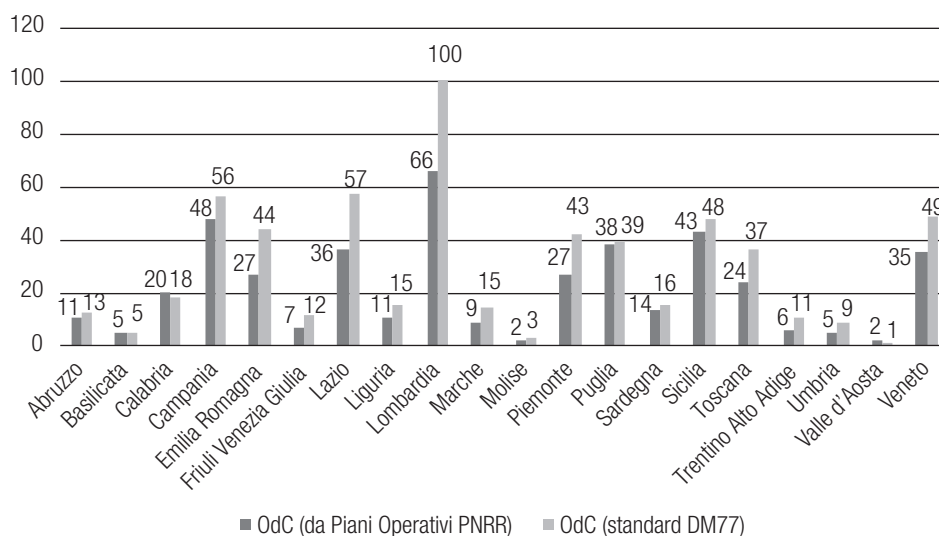
Fonte: Elaborazione autori sui dati contenuti nei Piani Operativi dei CIS regionali, maggio 2022 e Fattore *et al.*, 2021.

interpretare guardando solamente al dato sulle cure intermedie, poiché probabilmente su questi dati influiscono elementi di riforma del sistema complessivo; Emilia Romagna, Toscana e Molise confermerebbero la copertura che già oggi riescono a offrire alla popolazione, come già sottolineato in precedenza; le altre regioni si suddividono tra coloro che devono aumentare la propria dotazione e coloro che devono di fatto costruirla.

Come anticipato precedentemente (cfr. par. 12.2), gli standard di dotazione previsti dal DM 77/2022 prevedono la realizzazione di un numero superiore di OdC sul territorio nazionale rispetto a quanto indicato (e finanziato) dal PNRR. Di fatti, il DM 77/2022 indica 1 OdC da 20 PL ogni 100.000 abitanti. In Figura 12.5 si propone un confronto, per ciascuna regione, dei numeri indicati nei POR e dell'applicazione dello standard da DM 77/2022 sulla popolazione regionale. Il numero di OdC previsti nei POR è al di sotto degli standard previsti dal DM 77/2022 in quasi tutti i casi eccetto Valle d'Aosta, Basilicata e Calabria, con uno scostamento complessivo a livello nazionale di 154 OdC (cfr. Tabella 12.4).

Volendo fare un primo confronto con un benchmark internazionale con un sistema sanitario comparabile, si può considerare il dato inglese che riporta un totale di circa 500 *community hospitals* attivi (cfr. par. seguenti) per una popolazione complessiva di 68,1 milioni di persone (Eurostat, 2022). Applicando quindi il *ratio* inglese di OdC disponibili per la popolazione complessiva, il

Figura 12.5 **OdC identificati nei POR e previsti secondo standard DM 77/2022, confronto regionale**



Fonte: Elaborazione autori sui dati contenuti nei Piani Operativi dei CIS regionali, maggio 2022 e indicazioni DM 77/2022.

nostro Paese dovrebbe avere un numero complessivo di circa 432 OdC. Non si vuole con questo sostenere che sia auspicabile adottare un benchmark internazionale e applicarlo *tout court* al nostro sistema, ma piuttosto offrire un termine di confronto rispetto ad un contesto come quello inglese che, come si dirà in seguito nel capitolo, può vantare una lunga esperienza in termini di cure intermedie e OdC in particolare. Risulta quindi interessante che questo numero si avvicini maggiormente al totale previsto dai POR (436) piuttosto che allo standard fissato dal DM 77/2022 e apre una prima possibile riflessione rispetto a quali possano essere i criteri con cui stabilire un dimensionamento efficace della dotazione di queste strutture (cfr. Figura 12.5).

Con riferimento alle regioni per cui si è scelto di approfondire l'analisi con i casi studio (Lombardia, Veneto e Abruzzo), è stata effettuata una mappatura ulteriore raccogliendo i dati a livello di singola azienda (cfr. Tabella 12.5) così come vengono indicati nei POR. Insieme, le tre regioni ammontano al 26% delle strutture programmate totali (112 su 436), pertanto rappresentano insieme un contesto territoriale rilevante in termini di dotazione di OdC. In media, alle Aziende di Veneto e Abruzzo afferiscono 3 OdC (da edificare ex novo e/o da ristrutturare), mentre a quelle lombarde 2 OdC. In Lombardia in particolare, è l'ASST di Mantova ad indicare il maggior numero di OdC da attivare (5), mentre in Veneto l'AULSS 9 (7) e l'AULSS 2 (6).

Tabella 12.4 **OdC identificati nei POR e previsti secondo standard DM 77/2022, confronto regionale e delta**

Regione	OdC (da Piani Operativi PNRR)	OdC (standard DM 77/2022)	Delta
Abruzzo	11	13	-2
Basilicata	5	5	0
Calabria	20	18	2
Campania	48	56	-8
Emilia-Romagna	27	44	-17
Friuli-Venezia Giulia	7	12	-5
Lazio	36	57	-21
Liguria	11	15	-4
Lombardia	66	100	-34
Marche	9	15	-6
Molise	2	3	-1
Piemonte	27	43	-16
Puglia	38	39	-1
Sardegna	14	16	-2
Sicilia	43	48	-5
Toscana	24	37	-13
Trentino-Alto Adige	6	11	-5
Umbria	5	9	-4
Valle d'Aosta	2	1	1
Veneto	35	49	-14
<b>Totale</b>	<b>436</b>	<b>590</b>	<b>-154</b>

Fonte: Elaborazione autori sui dati contenuti nei Piani Operativi dei CIS regionali, maggio 2022 e indicazioni DM 77/2022.

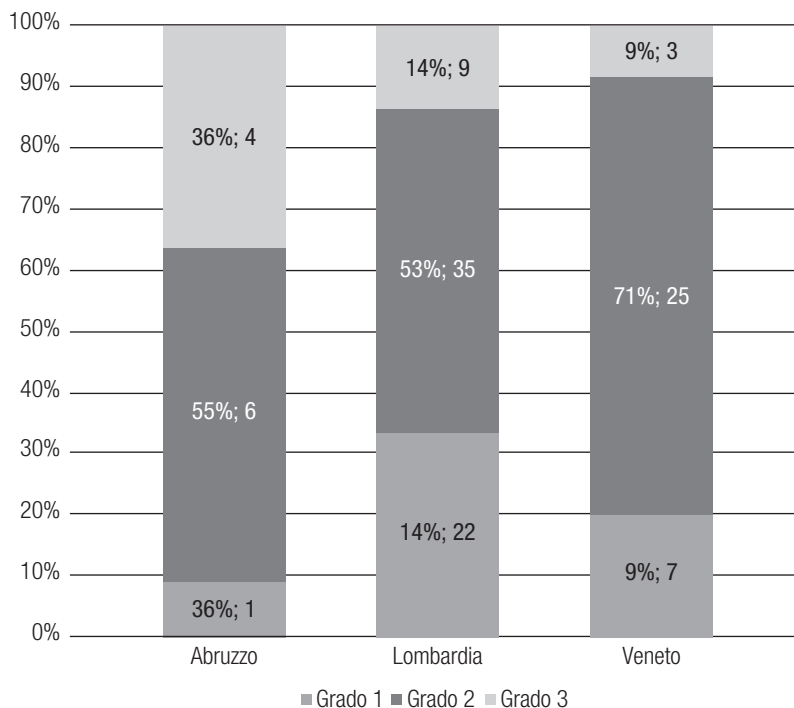
Inoltre, assegnando a ciascun Comune in cui viene realizzato l'intervento il relativo grado di urbanizzazione<sup>4</sup>, è possibile notare come, per le tre regioni analizzate, le scelte di localizzazione delle strutture siano alquanto differenti (cfr. Figura 12.6). Mentre il caso abruzzese è maggiormente condizionato dalle caratteristiche geografiche del territorio (sono solamente due i Comuni classificati come densamente popolati) e appare quindi più fisiologica la localizzazione degli OdC in zone periferiche e meno densamente popolate, per Lombardia e Veneto il confronto risulta più informativo. Benché il numero totale di Comuni nelle due regioni sia ben diverso (1.506 in Lombardia contro 563 in Veneto), la distribuzione per grado di urbanizzazione risulta pressoché simile, con una prevalenza maggiore di centri densamente popolati in Lombardia. A fronte di questo dato, appare come il Veneto abbia localizzato la gran parte degli interventi relativi agli OdC in Comuni classificati come piccole città

<sup>4</sup> Il grado di urbanizzazione viene ripreso dalla classificazione Eurostat (2018) che identifica 1 = "Città" o "Zone densamente popolate"; 2 = "Piccole città e sobborghi" o "Zone a densità intermedia di popolazione"; 3 = "Zone rurali" o "Zone scarsamente popolate". Fonte: Istat, 2022.

Tabella 12.5 **OdC identificati in Lombardia, Veneto e Abruzzo secondo indicazioni contenute nei POR delle tre Regioni**

Regione	Azienda	Da edificare	Da ristrutturare/riconvertire	Totale
Abruzzo	ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila	0	3	3
	ASL 2 Lanciano Vasto Chieti	0	3	3
	ASL 3 Pescara	1	2	3
	ASL 4 Teramo	1	1	2
Lombardia	ASST Bergamo Ovest	0	3	3
	ASST Bergamo Est	1	1	2
	ASST Papa Giovanni XXIII	0	1	1
	ASST Spedali Civili	0	2	2
	ASST Franciacorta	1	1	2
	ASST del Garda	0	2	2
	ASST Brianza	0	2	2
	ASST Lecco	2	2	4
	ASST Monza	0	1	1
	ASST Valleolona	0	2	2
	ASST Sette Laghi	0	2	2
	ASST Lariana	0	4	4
	ASST Valtellina Alto Lario	1	3	4
	ASST Valcamonica	2	0	2
	ASST Pavia	0	3	3
	IRCCS San Matteo	0	1	1
	ASST Crema	0	1	1
	ASST Cremona	0	2	2
	ASST Mantova	0	5	5
	ASST Fatebenefratelli	0	1	1
	ASST Niguarda	0	1	1
	ASST Nord Milano	1	1	2
	ASST Santi Paolo e Carlo	3	0	3
	ASST Melegnano	2	3	5
	ASST Ovest Milanese	0	3	3
	ASST Rhodense	1	2	3
	ASST Lodi	0	2	2
ATS Milano	0	1	1	
Veneto	AULSS 1 Dolomiti	0	3	3
	AULSS 2 Marca Trevigiana	1	5	6
	AULSS 3 Serenissima	0	3	3
	AULSS 4 Veneto Orientale	0	1	1
	AULSS 5 Polesana	0	3	3
	AULSS 6 Euganea	0	2	2
	AULSS 7 Pedemontana	0	3	3
	AULSS 8 Berica	1	3	4
	AULSS 9 Scaligera	0	7	7
	AOU Padova	0	2	2
	AOU Verona	0	1	1

Figura 12.6 **Confronto tra Lombardia, Veneto e Abruzzo rispetto alla localizzazione degli OdC nei Comuni classificati per grado di urbanizzazione (Eurostat), valori assoluti e % sul totale**



(grado 2), mostrando un modello più polarizzato rispetto a quello lombardo, che presenta percentuali superiori sia per i centri altamente abitati (grado 1) sia per le zone scarsamente popolate (grado 3). Solo a Milano sono infatti previsti 6 OdC, mentre a Padova e Verona 2 per ciascuna città.

È indubbio che la localizzazione di queste strutture giocherà un ruolo importante nella definizione della loro *mission* e delle loro potenzialità assistenziali. Sarà infatti importante chiedersi se e come cambiano i bisogni assistenziali a seconda del contesto geografico e sociale e quale risposta l’OdC può fornire, in modo che sia appropriata e adeguata. Un OdC in una zona rurale, periferica ed evidentemente maggiormente sprovvista di grandi hub ospedalieri, dovrà porsi il problema della “autosufficienza” ma allo stesso tempo evitare il rischio e la tentazione di “acutizzarsi”, cercando di dare risposte a bisogni per cui non è stato né pensato né attrezzato. Viceversa, un OdC in una zona urbana dovrà porsi il tema dell’“integrazione” rispetto agli altri setting assistenziali, più o meno limitrofi, evitando il rischio di duplicazione o sovrapposizione con questi ultimi, per non generare confusione nel paziente e nel suo percorso di cura.

## 12.4.2 Il focus group

In data 9 maggio 2022, 15 componenti della Direzione di otto diverse aziende sanitarie<sup>5</sup> (ubicata in Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio), suddivisi in due aule con otto e sette partecipanti ciascuna, hanno preso parte al focus group organizzato presso la SDA Bocconi, fornendo considerazioni riguardo all'evoluzione dell'OdC (e di altre strutture territoriali, Case della Comunità e COT, si vedano a questo proposito i capitoli 10 e 11 del presente Rapporto OASI). In particolare, sei erano Direttori Sanitari, tre Direttori Amministrativi, due Direttori Socio-Sanitari, uno era Direttore Assistenziale, un altro era Direttore Generale, e due avevano altra qualifica di Direttore. Quasi la metà dei partecipanti (7 su 15) proveniva dalla Lombardia, mentre i restanti provenivano da Emilia-Romagna (4), Toscana (2) e Lazio (2). I due gruppi erano eterogenei in termini di qualifica dirigenziale e Regione di provenienza. Delle quattro Regioni considerate, le prime tre vantano un'esperienza piuttosto consolidata in termini di OdC, mentre per il Lazio rappresentano una realtà più recente e relativamente ancora da esplorare.

La prima domanda era relativa alla tipologia di pazienti considerati prioritari per il ricovero in OdC (A: pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio; B: pazienti affetti da multi-morbilità provenienti da una struttura ospedaliera; C: pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi; D: pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo). La maggior parte dei direttori (8 e 9 partecipanti, rispettivamente) ha indicato il primo e secondo gruppo (A e B) come prioritari in termini di vocazione degli OdC, seguiti dalla terza tipologia (5 partecipanti). Entrando nel dettaglio delle singole categorie, una discordanza di vedute si è riscontrata con riferimento ai pazienti provenienti dal domicilio (A). Da un lato, infatti, è stato evidenziato come questa categoria consenta il coinvolgimento effettivo del MMG (mentre per le altre tipologie è prevista la collaborazione con i medici ospedalieri), nonché il contenimento di accessi inappropriati al PS e ricoveri inappropriati in ospedali per acuti. Dall'altro, invece, è stato sottolineato come, diversamente da quanto accade in un contesto ospedaliero, il bisogno clinico e assistenziale non venga adeguatamente misurato al domicilio, con conseguenti rischi per la sicurezza del paziente e di inappropriately del ricovero in OdC. La classe B, riguardante i pazienti post-acuti dimessi da una struttura ospedaliera, è quello che ha ottenuto i maggiori consensi, rappresen-

<sup>5</sup> In particolare, erano presenti 9 Direttori Sanitari o Sociosanitari, 3 Direttori Amministrativi, un DG e 2 Direttori responsabili di UO delle seguenti Aziende Sanitarie: ASL Roma 4, ASST Sette Laghi, ASST Garda, ASST Lodi, ASST Niguarda, AUSL Piacenza, AUSL Toscana Sud Est e infine, ATS Brianza.

tando ad oggi la quota più rilevante dei ricoveri in OdC in diverse realtà. La categoria C presenta il vantaggio di preparare il *caregiver* al rientro del paziente al domicilio (ad es., istruendolo alla gestione di nuovi dispositivi) sebbene, secondo alcuni, questa fase possa anche essere gestita direttamente al domicilio. La quarta tipologia (D) è stata invece considerata, dalla quasi totalità degli intervistati, come una casistica di nicchia e ridondante per l'OdC, trovando già risposta in strutture riabilitative, territoriali e ospedaliere o nell'assistenza domiciliare, e creando dei rischi di iniquità nell'accesso alle cure causati dalla mancanza di personale specializzato (in primis, fisiatra e fisioterapista). Alcuni partecipanti, infine, e in linea con la normativa vigente, hanno puntualizzato che andrebbero evitati i ricoveri in OdC esclusivamente per motivi sociali, perché bloccano la rotazione dei PL.

Con riferimento al fabbisogno di personale (domanda 2), sono emersi alcuni temi importanti relativi a: (1) numerosità (2) valorizzazione del ruolo infermieristico, (3) compresenza, integrazione, condivisione, e (rischio) confusione dei ruoli, e (4) modelli organizzativi che più valorizzano le competenze e la multidisciplinarietà richieste dall'OdC.

In relazione alla numerosità dell'organico (punto 1), si è parlato della necessità di dotare le nuove strutture previste dal PNRR delle professionalità necessarie, pena il rischio di creare «cattedrali nel deserto». Il tetto di spesa per il personale, infatti, è fermo dal 2011 e diverse aziende soffrono una grande carenza di infermieri. Da più parti, quindi, è stata evidenziata l'esigenza di dotarsi di nuovo personale infermieristico a cui, secondo il decreto, è affidata la responsabilità gestionale dell'OdC, mediante nuove assunzioni o riallocazioni del personale già disponibile in azienda. Il rischio, viceversa, è quello di far operare gli OdC con personale insufficiente o impreparato, come già succede presso alcune RSA.

L'incremento del personale infermieristico in termini numerici, tuttavia non è sufficiente: in ottica di competenze (punto 2), si richiede soprattutto di valorizzarne il ruolo, l'autonomia e la crescita, introducendo la nuova figura del "Super-Infermiere" (un infermiere altamente specializzato che, in futuro, potrebbe sostituire il medico in alcune mansioni). L'infermiere, infatti, è il vero "perno" attorno al quale realizzare queste strutture, in linea con la normativa e in un'ottica di progressivo *task shifting*, con il ruolo del medico che diventa via via più specializzato, occupandosi di casi più complessi e limitando il lavoro alla diagnosi e impostazione del trattamento, a favore delle altre figure professionali che operano negli OdC. Si osserva (e si auspica) una progressiva crescita professionale degli infermieri, che stanno conquistando sempre maggior autonomia clinica ad es., nella somministrazione di terapie avanzate, nella gestione dei presidi, nella nutrizione artificiale. A tale scopo, in un'azienda sono stati organizzati dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)



per singola patologia che consentono all'infermiere di agire con maggior autonomia, anche in assenza del medico. In maniera analoga, va potenziato il ruolo degli OSS (attualmente, soltanto 4-6 per OdC) a supporto dell'infermiere (si parla anche di "Super-OSS").

La multidisciplinarietà, la multi-professionalità e il lavoro di squadra contraddistinguono l'OdC (punto 3), che deve prevedere quindi la compresenza di varie figure, tra cui il fisioterapista (per favorire il disallettamento), lo psicologo e l'assistente sociale (per facilitare il rientro al domicilio), nonché la partecipazione del MMG, che in diverse realtà (ad es. in Toscana) risulta già il responsabile clinico della struttura, e della continuità assistenziale. In aggiunta, si auspica, mediante il supporto di nuovi sistemi informativi, la piena realizzazione dell'integrazione ospedale-territorio, permettendo ai medici specialisti (principalmente geriatri, diabetologi, pneumologi) di prestare le proprie cure anche nell'OdC in un'ottica di continuità dal ricovero per acuti al ricovero territoriale. In questa fase, tuttavia, si profila anche un problema di sovrapposizione e confusione di ruoli, essendo presenti diverse figure che, potenzialmente, posso assumere incarichi di responsabilità rispetto all'OdC: medici dipendenti, MMG, direttori sanitari e (nuovi) direttori assistenziali delle aziende, infermiere case manager, medici ospedalieri (questi ultimi, tuttavia, rischiano di sottrarre risorse all'ospedale per acuti, se strutturalmente separato rispetto all'OdC). Ad esempio, il decreto affida la responsabilità clinica al medico e quella organizzativa all'infermiere, ma non risulta chiaro chi debba firmare la lettera di dimissione.

A tal proposito, in tema di modelli organizzativi (punto 4), alcuni partecipanti hanno espresso una preferenza per gli OdC ubicati all'interno di strutture ospedaliere, per consentire sinergie tra il personale e flessibilità nell'utilizzo dei PL. In altre realtà (ad es. in Lombardia), invece, si prevede di coinvolgere in modo più "innovativo" i MMG, che a breve afferiranno alle aziende sanitarie territoriali e sperimenteranno l'OdC come un "banco di prova" per implementare le cure che non possono essere erogate in ambulatorio o al domicilio. I due modelli, tuttavia, non sono necessariamente alternativi, esistendo realtà, come quella toscana, in cui i MMG gestiscono OdC, denominati moduli di continuità assistenziale (Mo.Di.Ca.) ubicati all'interno di ospedali per acuti.

### 12.4.3 I casi studio

Lo studio ha approfondito la realtà di tre aziende ubicate in tre diverse Regioni (Veneto, Lombardia e Abruzzo). Dopo i singoli paragrafi dedicati ai casi (par. 12.4.3.1-3), si riporta una sintesi in Tabella 12.6.

Inoltre, è stato condotto anche un caso internazionale, analizzando l'esperienza inglese della Community Hospitals Association (CHA), descritto al par. 12.4.3.4.

### 12.4.3.1 L'AULSS 6 Euganea di Padova

L'azienda dispone attualmente di nove OdC, equamente distribuiti tra le tre zone della provincia (Alta Padovana, Padova città, e Bassa Padovana). Nel dettaglio, nell'alta padovana sono presenti tre OdC, di cui due in RSA (Camposampiero e Cittadella) e uno dentro l'ospedale per acuti di Camposampiero, per un totale di 42 PL. Nella "cintura urbana" di Padova vi sono altri tre OdC, di cui due moduli (OdC 1 e OdC 2) ubicati presso la stessa RSA per un totale di 60 PL, e un terzo OdC da 16 PL dentro una casa di cura privata accreditata. Infine, nella Bassa Padova, l'azienda dispone di ulteriori 53 PL distribuiti tra tre OdC, di cui uno all'interno dell'ospedale per acuti di Pieve di Sacco e due collocati all'interno degli ex ospedali di Conselve e Montagnana. Dal momento che in questa azienda l'offerta di posti letto in OdC è quasi allineata con le indicazioni del PNRR, non è prevista la realizzazione di nuove strutture, ma soltanto la ristrutturazione di due OdC già esistenti e ubicati, rispettivamente, a Camposampiero e Conselve. Un impegno importante di risorse è previsto soprattutto a Conselve, dove è in corso la ristrutturazione dell'ex ospedale (ma che per la Regione risulta ancora un ospedale, pur non disponendo del PS e avendo mantenuto solo degenze riabilitative), mentre a Camposampiero, dove l'OdC è inserito all'interno di un ospedale funzionante, verrà fatta soltanto una ristrutturazione del reparto. In aggiunta, è in via di attivazione un nuovo OdC da 20 PL all'interno dell'ospedale di Padova, che sarà però gestito dalla stessa azienda ospedaliera (in contrasto con le indicazioni nazionali sull'afferenza degli OdC all'assistenza territoriale).

In sintesi, gli OdC presenti nella AULSS Euganea afferiscono a tre modelli principali, di cui gli ultimi due sono assimilabili: 1) OdC presso RSA e 2) a gestione diretta AULSS: 2a) come reparto all'interno di ospedali per acuti, ma pur sempre a gestione territoriale, e 2b) all'interno di ex ospedali riconvertiti in presidi territoriali che, oltre ai PL OdC, ospitano anche altre attività (poliambulatori, hospice, punto di primo intervento). La tendenza attuale è la transizione da OdC ubicati presso RSA mediante contratti tra l'azienda e l'RSA (modello 1) a OdC a gestione diretta AULSS (modello 2), all'interno di strutture ospedaliere o ex ospedali. Le necessità di questo cambiamento organizzativo si è palesata durante la pandemia di Covid-19, quando gli OdC ubicati presso le RSA, che ancora rappresentano la maggior parte dell'offerta complessiva di PL (52,6%), soprattutto nella parte centrale (urbana) dell'azienda (78,9%), sono stati chiusi per impedire la contaminazione degli ospiti con pazienti potenzialmente infetti. A Padova, ad esempio, l'azienda ha temporaneamente perso i 60 PL di OdC e ha dovuto trovare soluzioni alternative non solo per pazienti Covid ma anche per compensare la perdita di PL per pazienti non Covid. Il problema si è presentato in maniera analoga nella zona Nord dove, a seguito della chiusura di 30 PL presso le RSA, è stato attivato un OdC dentro l'ospedale per acuti di Camposampiero (attualmente in fase di ristrutturazione, grazie

ai fondi del PNRR). Viceversa, nella zona Sud, dove l'azienda non ha PL presso le RSA, gli OdC a gestione diretta hanno consentito di rispondere meglio alle esigenze della pandemia, trasformandosi in Covid hospital e attualmente in fase di ritorno alle loro normali funzioni.

A seguito della pandemia, un'ulteriore criticità è emersa in merito alla gestione dei PL presso le RSA e rappresentata dalla grave carenza di personale infermieristico. A Padova, infatti, il grande OdC da 60 PL complessivi (OdC1 + OdC2), chiuso durante la pandemia e poi riaperto per i soli pazienti non Covid-19, funziona attualmente a regime ridotto (30%) a seguito del trasferimento di numerosi infermieri in altre strutture. Nell'Alta Padovana, dove "sulla carta" ci sono 15 PL di OdC in ciascuna delle RSA di Cittadella e Camposampiero, la situazione è ancora più critica: il primo OdC è destinato a chiudere, operando attualmente con soli 5 PL, mentre il secondo vedrà il numero di PL scendere a 10. In sintesi, la pandemia ha messo in luce la fragilità organizzativa degli OdC ubicati presso le RSA e reso evidente la necessità di dotarsi di più strutture a gestione diretta che consentono maggiore flessibilità durante le fasi sia emergenziali che routinarie.

Con riferimento alla tipologia di pazienti, la maggior parte (80%) di coloro che popolano l'OdC provengono dal ricovero ospedaliero per patologia acuta e necessitano di una fase di stabilizzazione della patologia stessa e riconciliazione terapeutica con altre patologie croniche di cui generalmente sono affetti. I pazienti che provengono dal domicilio rappresentano solo il 10%. Infine, c'è una terza tipologia di pazienti (5-10%) che vengono ammessi in OdC all'interno di un percorso di cure palliative non neoplastiche. Invece, i pazienti che necessitano di supporto riabilitativo (tipologia D del DM 77/2022) sono indirizzati ad un'altra struttura di ricovero territoriale esistente in Veneto e denominata Unità di Riabilitazione Territoriale (URT). Allo stato attuale (giugno 2022), circa 120 pazienti (Covid-19 e non) risultano ricoverati presso gli OdC dell'azienda, con una degenza media di 24 giorni.

L'organizzazione degli OdC dell'azienda prevede una presenza frequente, seppur non continuativa, del medico (un'ora per paziente a settimana, quindi 4-5 ore al giorno presso la struttura). La gestione clinica e la scelta del percorso assistenziale sono tuttora nelle mani del medico, per cui non si può attualmente definire gli OdC come strutture a gestione infermieristica. Infatti, nonostante l'introduzione della figura dell'infermiere *case manager*, la gestione del paziente è tuttora medico-centrica. I medici, prevalentemente di origine internistica o geriatrica, sono dipendenti dell'azienda afferenti all'unità operativa di cure primarie; nelle strutture residenziali ci sono medici a contratto sempre con profilo internistico. I MMG non sono coinvolti operativamente negli OdC e assistono semplicemente alla transizione del paziente in OdC e partecipano all'unità di valutazione multidisciplinare (UVMD) per condividere il percorso successivo al ricovero (circa il 40% dei pazienti in OdC viene trasferito in RSA). L'unico

caso di coinvolgimento di MMG riguarda l'OdC di Padova, ubicato dentro una grande RSA per anziani, dove un professionista che ha ridotto il numero di assistiti ambulatoriali ha un contratto sia per le cure in OdC che nell'hospice all'interno della stessa RSA.

Per quanto riguarda la tecnologia a disposizione, gli OdC che sono dentro l'ospedale per acuti presentano un vantaggio strutturale, potendo accedere alla strumentazione diagnostica, così come, seppur in misura minore, quelli ubicati in ex ospedali che accedono ad alcune attività specialistica e servizi di laboratorio di base. Viceversa, negli OdC collocati all'interno delle RSA manca la possibilità di accedere ad attività poliambulatoriali, ma è possibile soltanto richiedere visite domiciliari che vengono erogate anche agli ospiti della RSA. I due OdC in fase di ristrutturazione, trovandosi già all'interno di strutture ospedaliere, non verranno dotati di tecnologie supplementari, ma saranno sede di due COT satelliti rispetto alla COT centrale, con la possibilità di attivare servizi di telemedicina e teleconsulto anche per gli ospiti degli OdC.

L'individuazione delle strutture da riqualificare e del relativo finanziamento dedicato è stata effettuata di concerto con la Regione, che è il soggetto attuatore del PNRR, mentre l'azienda è attuatore delegato. I Comuni sono stati informati ma non coinvolti direttamente nel processo decisionale, dato che per gli OdC si tratta soltanto di ristrutturazioni (sono stati molto più coinvolti nella scelta dei luoghi e terreni per le Case di Comunità, CdC). Il rapporto con i Comuni, però, è frequente, soprattutto in caso di dimissioni difficili, quando gli assistenti sociali dell'azienda si interfacciano con quelli comunali, o di transizioni da OdC a RSA, quando l'ente locale deve dare il proprio consenso alla partecipazione economica per la retta alberghiera.

Da ultimo, l'intervistato ha messo in luce tre principali criticità riguardanti gli OdC della propria azienda. In primo luogo, come già menzionato, la "fragilità" dei PL degli OdC presso le RSA per anziani, emersa chiaramente durante la pandemia, a causa delle preoccupazioni relative al contagio degli ospiti da parte dei pazienti esterni, ma perpetrata anche nella fase post pandemica per via della carenza cronica di personale infermieristico, esacerbata dalla pandemia stessa. In secondo luogo, un approccio al paziente ancora eccessivamente medico-centrico, con una scarsa attenzione alla mobilitazione e al recupero funzionale, che richiederebbe personale e standard assistenziali adeguati. Paradossalmente, il ritorno del paziente alla pseudo normalità viene maggiormente favorito nelle RSA, che mostrano di avere più capacità nella de-ospedalizzazione dei pazienti rispetto agli OdC, che hanno invece ancora una mentalità eccessivamente istituzionalizzante e vincolata al PL. In terzo luogo, ma collegata ai due punti precedenti, la carenza drammatica di infermieri, costantemente "contesi" tra le varie aziende, che trova giustificazione nel tetto di spesa per il personale, fermo dal 2004 (ad eccezione del personale extra ottenuto per il Covid-19), ma anche nel basso numero di laureati in

scienze infermieristiche, dovuto alla mancanza di attrattività della professione tra le generazioni più giovani, anche per motivi economici. Dato l'alto tasso di abbandono del corso di studi, l'abolizione del numero chiuso può rappresentare un fattore agevolante la crescita del numero di laureati, che dovrebbero rimpiazzare in primo luogo gli infermieri delle RSA, trasferiti verso le aziende sanitarie e ospedaliere durante la pandemia e non più reintegrati nelle strutture residenziali.

#### *12.4.3.2 L'ASST di Mantova*

Nel territorio che afferisce all'ASST di Mantova attualmente risulta attivo solamente un OdC (nella località di Bozzolo) ma è prevista l'attuazione di ulteriori quattro strutture ex novo.

Dall'intervista è subito emerso come il contesto lombardo presenti delle peculiarità relative principalmente al quadro normativo dell'assistenza territoriale in Regione. Pertanto risulta utile, ai fini di una più corretta comprensione del contesto dell'ASST mantovana, riportare la premessa che l'intervistato ha svolto in sede di intervista.

Regione Lombardia, con la Deliberazione XI del 31 luglio 2019, aveva introdotto le “degenze di comunità”, identificandole come servizio residenziale territoriale che eroga degenze di breve durata rivolte a pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e/o di interventi sanitari a bassa intensità clinica. La Regione, con questa delibera, si proponeva l'obiettivo di razionalizzare le diverse forme assistenziali nate a livello locale-aziendale, tutte riconducibili alle degenze di comunità: le degenze sub-acute, post-acute, le cure intermedie ex riabilitazione sociosanitaria di mantenimento e stabilizzazione e la parte delle degenze ex riabilitazione generale e geriatrica rivolta a profili di cura a carattere prevalentemente clinico assistenziale. Inoltre, venivano identificati due livelli assistenziali distinti: le degenze di comunità di livello base, per pazienti stabilizzati senza necessità riabilitative provenienti di norma dal domicilio o da reparti di degenza per acuti, e le degenze di comunità di livello avanzato, per pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica, che necessitano di supporto medico ed infermieristico nelle 24 ore giornaliere, di procedure diagnostiche e/o terapeutiche di base, erogabili non necessariamente in un ospedale per acuti.

Attualmente, il modello della Regione Lombardia prevede due livelli (base e avanzato) per le cure intermedie, mentre a livello nazionale gli standard fissati per l'OdC sono univoci. In particolare, paragonando i requisiti regionali e nazionali, gli OdC così come identificati dalla normativa nazionale corrisponderebbero al livello base delle degenze di comunità lombarde, caratterizzate da una attività prevalentemente assistenziale e di più bassa intensità clinica rispetto alle cure sub-acute. Queste ultime, infatti, rappresentano nella norma-

tiva lombarda un setting a maggiore intensità clinica, con una presenza di 38 ore medico/paziente a settimana e una dotazione di almeno 20 PL con una presenza infermieristica di almeno 160 minuti/paziente al giorno. La logica delle cure sub-acute è quella di avere un reparto all'interno dell'ospedale per acuti che faciliti la dimissione verso strutture residenziali (RSA) o il domicilio. Gli standard relativi agli OdC lo caratterizzano invece come un setting che di fatto si "scollega" dall'ospedale, dove l'afferenza territoriale dovrebbe essere più marcata, favorendo prevalentemente processi di step up dal territorio. Secondo le direttive nazionali, pertanto, l'OdC si pone come setting intermedio, ma di fatto molto più inserito in una logica territoriale, in particolare attraverso il coinvolgimento (auspicato) degli MMG.

Dall'intervista emerge come probabilmente siano e saranno necessari entrambi i setting, in quanto serve sia un post/sub-acute, con una presenza medica ancora importante e dove l'attività prevalente è ancora clinica, sia un setting a vocazione assistenziale, maggiormente integrato con il territorio (e quindi con i servizi sociali, gli enti locali, il Terzo Settore, le associazioni dei pazienti, la comunità, etc.) e che reinserisca il paziente nel suo contesto di vita. Usando i criteri ex DGR XI/2019, l'OdC verrebbe a coincidere con il livello base di degenza di comunità, mentre le cure sub-acute con il livello avanzato. La criticità sta nel fatto che la riforma nazionale (ex DM 77/2022) prevede solamente gli OdC e quindi, in ottica "lombarda", solamente ciò che corrisponde al livello base. Sarebbe invece necessario mantenere entrambi i livelli assistenziali per una presa in carico più fluida e maggiormente integrata.

La dotazione attuale di OdC afferenti all'ASST di Mantova è piuttosto limitata. A fine 2021, presso il Presidio Ospedaliero Territoriale di Bozzolo erano presenti 25 PL accreditati di cure sub-acute, afferenti al Dipartimento delle Fragilità, che fa capo alla Direzione Sociosanitaria. Da gennaio 2022, l'ospedale di Bozzolo è stato riconvertito in OdC e inaugurato come tale a luglio 2022. Ai 25 PL è stata inoltre richiesta alla Regione un'integrazione di ulteriori 5 PL.

L'ASST di Mantova, però, già da tempo aveva mostrato l'intenzione di voler sviluppare i setting di cure intermedie, avanzando nel 2017 una richiesta alla Regione per attivare una degenza di comunità nell'ospedale di Viadana, attraverso la trasformazione e riconversione di 30 PL di riabilitazione generale-geriatrica. Tuttavia, la riconversione dei PL all'epoca non era avvenuta e i PL, con lo scoppio dell'emergenza pandemica, sono stati utilizzati per pazienti sub-acute positivi in fase di stabilizzazione clinica. Attualmente, l'ASST di Mantova intende convertire questi 30 PL come PL di OdC.

Si prevedono poi altri 20 PL di OdC presso il presidio ospedaliero di Asola, altri 20 PL all'interno della vecchia sede dell'ospedale di Mantova in cui verrà realizzata la "Cittadella della Salute", composta da una Casa della Comunità (CdC) e da un modulo di OdC, e infine 20 PL come reparto di cure sub-acute



presso l'ospedale di Borgo Mantovano. Ad Asola, si prevede di effettuare un intervento di ristrutturazione dell'ospedale per acuti e di attivare i PL di OdC entro il 2024, come indicato da cronoprogramma nel POR. A Mantova, la sede vecchia dell'ospedale verrà riconvertita nella Cittadella della Salute, comprensiva di una CdC (da edificare ex novo) e dei PL di OdC. Anche l'intervento a Mantova prevede una scadenza al 2024. Per Borgo Mantovano, invece, i lavori di ristrutturazione e l'attivazione dei PL di OdC devono essere completati entro dicembre 2022. In sintesi, attualmente sono attivi solamente i PL localizzati a Bozzolo, tutti gli altri devono essere attivati come prossime progettualità. In totale saranno attivi per l'ASST di Mantova 120 PL di OdC.

Rispetto al target di pazienti attualmente in carico presso l'OdC già attivo, viene evidenziato come si tratti prevalentemente di pazienti sub-acuti, cronici riacutizzati e/o non gestibili a casa, nella maggior parte dei casi proveniente da reparti per acuti in area medica. Questi pazienti vengono poi fisiologicamente spostati nel sub-acuto dato che presentano una situazione di complessità intermedia.

L'intento è però quello di aumentare anche gli accessi all'OdC dal territorio. Per questo, l'ASST di Mantova ha deciso, insieme alle strutture ospedaliere, di dedicare, su 20 PL di OdC, almeno 10 a pazienti che necessitano assistenza nella somministrazione di farmaci (target C previsto dal DM 77/2022) o riabilitativa-educativa (target D), cercando di riequilibrare la vocazione di queste strutture di cure di fatto intermedie e non sub-acute. Attualmente, la struttura di Bozzolo si concentra maggiormente sui target A e B (ovvero casi clinicamente più gravi e complessi), quella di Viadana vuole invece essere una struttura a carattere riabilitativo-educativo, maggiormente legata al territorio, che preveda il coinvolgimento dei MMG e del sociale.

È ben chiaro, nell'ottica dell'ASST, che la programmazione di queste strutture non può dipendere solamente da un criterio di bacino di utenza (1 ogni 100.000 abitanti), ma anche dalle distanze relative degli altri presidi assistenziali. Un territorio sprovvisto di hub ospedalieri grandi e perlopiù isolato deve poter contare su una presenza capillare delle strutture territoriali, in modo che queste ultime agiscano come filtro potente per evitare ricoveri inappropriati.

Rispetto alle risorse e al personale, viene evidenziata la difficoltà di coinvolgere e affidare la gestione di queste strutture ai MMG da un lato e la difficoltà significativa di reperimento del personale medico e del comparto (infermieri, OSS, etc.) dall'altro. Rispetto al primo punto, le strutture di Viadana e Bozzolo vedono già la presenza attiva dei MMG in struttura. Finora però, nonostante il loro coinvolgimento, non hanno mai svolto un ruolo di coordinamento gestionale, anche perché non è stata stabilita nessuna modalità di remunerazione. Per questo motivo, attualmente gli OdC vengono gestiti da medici dipendenti, a cui può essere riconosciuta un'integrazione economica per continuare a seguire i propri pazienti (quelli iscritti nella lista degli assistiti). Mancando quindi

un modello chiaro di riferimento per il coinvolgimento dei MMG (in termini di incentivi, remunerazione, etc.), e dovendo a stretto giro attivare le strutture (le prime entro la fine del 2022, le altre entro il 2024), la Direzione Sociosanitaria dell'ASST di Mantova ha optato per i medici dipendenti, specialmente internisti.

Rispetto al ruolo degli infermieri, si riconosce come il setting dell'OdC possa rappresentare un'effettiva opportunità di crescita professionale e di valorizzazione della stessa professione infermieristica, e al contempo una sfida importante, data la ridotta presenza medica in struttura. All'infermiere del territorio è demandata la funzione di integrazione con i servizi sociali, con l'ADI, con il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e di collegamento tra la fase di dimissione e il reinserimento nel contesto di vita del paziente. Si evidenzia quindi la necessità di formare queste figure professionali che dovranno di fatto mettere in atto competenze diverse da quelle acquisite in reparto ospedaliero. Attualmente, gli infermieri che si sono mossi verso i setting territoriali sono per una buona parte infermieri con elevata esperienza alle spalle, che generalmente hanno lavorato in aree critiche (rianimazione, sala operatoria, etc.) e che quindi hanno abilità tecniche elevate, a discapito dell'inclinazione relazionale, evidentemente da rafforzare visto il lavoro richiesto sul territorio.

Si evidenzia una carenza strutturale di personale infermieristico e delle altre professioni sanitarie: a fronte di risorse economiche disponibili per le assunzioni, il personale risulta difficile da trovare per poter rendere operative le strutture assistenziali. Si riportano come fattori critici l'inquadramento contrattuale e il livello di remunerazione delle professioni sanitarie e della dirigenza medica, elementi che incidono fortemente sulla motivazione del personale e sugli incentivi stessi.

Dal punto di vista delle dotazioni tecnologiche, la maggior parte degli OdC della provincia di Mantova sono/saranno ubicati dentro ospedali per acuti pertanto potranno disporre delle tecnologie presenti. L'OdC di Viadana, unico non già inglobato in un ospedale per acuti, verrà dotato di tecnologia radiologica ed ecografica extra rispetto ai requisiti minimi da DM 77/2022.

Rispetto al modello di governance, l'ASST di Mantova ha avviato un processo di confronto partecipato con il territorio, in particolare con gli enti locali e i Comuni, sotto il coordinamento regionale e dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS), che ha svolto un ruolo di collegamento tra ASST e Regione. La Direzione Sociosanitaria dell'ASST di Mantova ha avviato un confronto con l'Assemblea dei Sindaci, in modo tale da assicurare un allineamento tra politica e azienda. Da un lato quindi, il coinvolgimento del territorio e delle istituzioni locali ha rappresentato un elemento essenziale per creare legittimazione rispetto alle decisioni prese e agli interventi da realizzare; dall'altro, il confronto costante con ATS e Regione è servito in ottica di definizione dei requisiti e del quadro di finanziamento degli interventi stessi.



Rispetto al futuro degli OdC, si evidenzia la necessità di renderli sempre meno una struttura di transito dall'ospedale e sempre di più un setting di presa in carico dal territorio, rafforzando la direzione territorio-ospedale e depotenziando invece il percorso inverso dei pazienti (da ospedale a territorio). Inoltre, vi è l'intento di rendere l'OdC una vera struttura assistenziale di prossimità e continuità, dove poter sperimentare logiche di telemedicina e telemonitoraggio.

#### *12.4.3.3 L'ASL 1 Avezzano – Sulmona – L'Aquila*

Nell'ASL 1 abruzzese già da tempo è stato attivato il modello degli OdC in forma sperimentale a seguito della riconversione di piccoli ospedali. In particolare, i due presidi ospedalieri di Pescina e Tagliacozzo sono stati riconvertiti in OdC (o una parte della conversione ha interessato la riqualificazione in OdC) in base ai decreti commissariali 45/2010 e 79/2016. In dettaglio, a Pescina è ubicato un Presidio Territoriale Assistenziale che ospita un OdC da 12 PL, mentre a Tagliacozzo vi è un presidio riabilitativo in parte riconvertito in OdC con attualmente 8 PL. Con l'intervento del PNRR e a seguito dell'approvazione del DM 77/2022 si prevede: (1) la riqualificazione delle due strutture esistenti, con adeguamento degli standard di personale, tecnologici e organizzativi e l'allineamento dei PL al modulo minimo di 20 PL ciascuno; (2) la realizzazione di un nuovo OdC dentro al perimetro della struttura ospedaliera di San Salvatore (L'Aquila), con due moduli da 20 PL ciascuno. A pieno regime la ASL 1, con una popolazione di 290.000 abitanti (coincidente con la provincia di L'Aquila), risulterà dunque perfettamente allineata alle indicazioni del DM 77/2022 (1 OdC ogni 100.000 abitanti). L'azienda è anche in linea con gli standard nazionali per l'individuazione della sede: Pescina e Tagliacozzo, infatti, rispondono agli standard del DM 70/2015 che prevedeva la riconversione di ospedali in OdC, mentre a L'Aquila si rispetteranno le direttive del DM 77/2022 nella parte in cui identifica, tra le possibili sedi, anche l'ubicazione in strutture ospedaliere. A fronte di un finanziamento regionale specifico per OdC che ammonta a 26 milioni di euro, la ASL1 ha ricevuto risorse finalizzate pari a 7.245.000 euro che verranno impiegate per il potenziamento delle due strutture esistenti, la realizzazione della nuova struttura in uno spazio distinto del perimetro ospedaliero, e i conseguenti adeguamenti strutturali e tecnologici. Il nuovo OdC presso l'ospedale per acuti sarà ubicato in un padiglione separato rispetto ai reparti per acuti, mantenendo così la propria identità territoriale di struttura a gestione da parte della ASL ed evitando la commistione di ruoli e funzioni. Anche i due OdC attualmente funzionanti, pur avendo la propria autonomia, si trovano all'interno di presidi multifunzionali. Il presidio di Pescina, oltre ad un OdC da 12 PL (a seguito del rallentamento dovuto al Covid-19), ospita anche un hospice da 10 PL, una piattaforma di ambulatori distrettuali e un punto di primo intervento. In maniera analoga, il presidio di Tagliacozzo svolge attività di riabilitazione cardiologica e neuromotoria, ha un punto di primo intervento,

e un OdC da 8 PL (che a breve diventeranno 12). In entrambe le strutture, la presenza di un punto di primo intervento garantisce la sicurezza nella gestione dei pazienti mediante assistenza medica e infermieristica da parte di personale esperto in emergenza anche nelle fasce orarie notturne e nei giorni festivi e prefestivi. L'integrazione con l'assistenza specialistica ambulatoriale e con la rete di emergenza-urgenza ha risvolti positivi importanti, e pone le strutture aziendali in linea con le indicazioni del DM 77/2022 laddove, nell'ambito del potenziamento e riqualificazione degli OdC, sottolinea la necessità di attuare delle procedure di integrazione operativa tra i diversi setting assistenziali. In aggiunta, se l'OdC fosse completamente isolato da altri servizi, comporterebbe maggiori spese di gestione dal momento che i pazienti cronici o post-acuti, seppur stabilizzati, possono necessitare di esami strumentali oppure di un intervento emergenziale a seguito di un episodio acuto.

Rispetto alle tipologie di pazienti individuate dal DM 77/2022, quella prevalente allo stato attuale risulta essere la tipologia A, relativa ai pazienti provenienti dal domicilio e ricoverati in OdC su indicazione del MMG. A tal fine, è in corso un'opera di sensibilizzazione dei MMG per far sì che i pazienti fragili e cronici da loro assistiti possano usufruire maggiormente delle cure intermedie ed evitare ricoveri inappropriati nell'ospedale per acuti. Allo stesso tempo, si cerca di ampliare la platea di pazienti ammissibili in OdC estendendola, in modo particolare, a quelli dimessi dagli ospedali per acuti e dal pronto soccorso che non possono rientrare subito al domicilio a causa della propria situazione sanitaria o sociale, nel contesto delle cosiddette "dimissioni protette" (tipologia B). La tipologia D, ovvero i pazienti che necessitano di un supporto riabilitativo, possono già trovare collocazione nel presidio di Tagliacozzo, specializzato nella riabilitazione cardiologica e neuromotoria a supporto e integrazione delle attività dell'OdC.

Allo stato attuale, l'OdC è organizzato in base a un modello "misto". La responsabilità organizzativa, infatti, è in capo al personale infermieristico, con la supervisione di una figura apicale dipendente della ASL (generalmente, il responsabile dell'Unità Operativa di Cure Intermedie). La responsabilità clinica dei pazienti, invece, è in capo ai MMG che hanno sottoscritto con l'azienda un rapporto di collaborazione e svolgono la loro attività in OdC per 2-3 ore al giorno, mentre il personale infermieristico turna nell'arco delle 24 ore. Sulla base del DM 77/2022, che identifica con precisione gli standard organizzativi e di personale minimi relativi all'OdC, si prevede, per ogni nuovo modulo di PL, una dotazione di 7-9 infermieri, 4-6 OSS, e un'assistenza medica giornaliera di 4-5 ore da parte dei MMG e altri medici dipendenti della ASL. Nei nuovi OdC (e in quelli riqualificati) si auspica, infatti, sulla base di precisi percorsi diagnostico-terapeutici, il coinvolgimento di medici specialisti (internisti, geriatri, cardiologi) a supporto delle attività dei MMG, che rimangono però i responsabili clinici dei pazienti. Tali cambiamenti miglioreranno inevitabilmente

la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata da questo tipo di struttura, e muteranno la cultura e la sensibilità dell'utenza verso l'OdC, superando il pregiudizio per cui i pazienti non ricevono un'assistenza adeguata negli ospedali a gestione infermieristica. Inoltre, per scongiurare il rischio che la responsabilità infermieristica rimanga tale solo "sulla carta", si porta avanti un'interlocuzione costante e costruttiva con le associazioni di categoria a livello regionale, e si prevede, mediante il recepimento del DM 77/2022 con provvedimento regionale entro i prossimi sei mesi, di definire in dettaglio le funzioni, i compiti e le responsabilità degli attori del sistema (inclusi gli infermieri) in modo da uniformare i comportamenti sul territorio, evitando iniziative autonome da parte delle singole aziende.

La situazione della dotazione tecnologica attuale è avvantaggiata dal fatto che i due OdC si trovano all'interno di presidi polifunzionali con la possibilità di effettuare diagnostica di laboratorio e radiologica. Le risorse messe a disposizione dal PNRR, cui verranno aggiunte risorse proprie, saranno destinate in via prioritaria agli adeguamenti strutturali e tecnologici, mediante il potenziamento dei servizi diagnostici e del personale dedicato, nonché all'integrazione con le attività di specialistica ambulatoriale. Il nuovo OdC, previsto all'ospedale di L'Aquila, avrà ovviamente accesso all'ampio spettro di tecnologie ospedaliere con minor disagio del paziente, che non dovrà compiere lunghe distanze per usufruire di esami diagnostici e consulenze specialistiche.

La proposta che le ASL hanno rivolto alla Regione per l'individuazione degli OdC da riqualificare o costruire ex novo è nata da un'interlocuzione costante con i vertici regionali. Una volta definiti il numero di OdC assegnati alle ASL (all'intera regione spettano 10 OdC: tre alla ASL 1 di L'Aquila, tre alla ASL 2 di Chieti, due alla ASL 3 di Pescara, due alla ASL 4 di Teramo), le singole aziende hanno identificato autonomamente, in base ai contesti specifici, le sedi e le attività per dare loro piena attuazione. Un confronto positivo è stato effettuato anche con riferimento ai criteri di ripartizione delle risorse, dato che la Regione ha consultato le singole ASL per assicurare l'equità dell'assegnazione dei fondi e non penalizzare singole realtà aziendali. Una volta approvate le loro proposte a livello regionale, le direzioni aziendali hanno illustrato le motivazioni delle scelte ai rappresentanti delle istituzioni locali (ad es. comitato dei sindaci) in modo che la localizzazione, i criteri e gli standard delle strutture fossero condivisi mediante un processo di programmazione dal basso senza alcuna imposizione di tipo verticistico.

La realizzazione del nuovo OdC inizierà nel 2023, a seguito della sottoscrizione del contratto istituzionale tra Regione e Ministero, e sarà completata entro il 2026. Infine, tra le varie opportunità offerte dal PNRR con riferimento agli OdC, si prevede di potenziare, in particolare, la telemedicina e il teleconsulto, nonché l'informatizzazione, con lo sviluppo della cartella clinica informatizzata per mettere l'OdC in rete con gli altri setting assistenziali.

Tabella 12.6 Sintesi dei casi studio nazionali

	AULSS 6 Euganea (Veneto)	ASST Mantova (Lombardia)	ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila (Abruzzo)
N. OdC attualmente esistenti	9, di cui 2 in ristrutturazione	1 (in ristrutturazione)	2 (entrambi in ristrutturazione)
N. nuovi OdC previsti da attivare	0	4	1
N. posti letto (esistenti)	171	20	20
N. posti letto totali (esistenti + pre- visti)	171	120	80
Ubicazione degli OdC attuali e pre- visti per quelli che saranno attivati	1. annesso a RSA (OdC esistenti) 2. a gestione diretta AULSS (OdC esistenti): 2a. come reparto dentro ospedale per acuti 2b. all'interno di ex ospedali (AULSS)	1. ex presidio ospedaliero territoriale riconvertito (OdC esistente) 2. all'interno di ospedale per acuti (nuovi OdC da attivare) 3. annesso a CdC (progetto "Cittadella della salute") (nuovi OdC da attivare)	1. ex ospedale riconvertito (2 OdC esistenti); 2. nel perimetro dell'ospedale per acuti (nuovo OdC da attivare)
Target di pazienti (da DM 77/2022)	Attualmente, gli OdC attivi presentano la seguente suddivisione di pazienti presi in carico: • Pazienti dimessi da struttura ospedaliera (80%) • provenienti dal domicilio (10%) • dentro un percorso di cure palliative (non oncologiche) (10%)	Attualmente, l'OdC attivo vede l'ingresso di pazienti sub-acuti dimessi da struttura ospedaliera • In prospettiva, per i nuovi OdC, si pianifica un potenziamento delle tipologie C (assistenza alla somministrazione di farmaci) e D (assistenza riabilitativa-educativa) di pazienti	• Attualmente, negli OdC attivi, arrivano pazienti prevalentemente dal domicilio (tipologia A) • In prospettiva, si pianifica il potenziamento della tipologia B ("dimissioni protette")
Personale	Attualmente il modello organizzativo prevede: • presenza rilevante del medico (4-5 h/die) • medici dipendenti dell'azienda • nessun coinvolgimento di MMG	Attualmente il modello organizzativo prevede: • medici dipendenti dell'azienda gestiscono PL di OdC • coinvolgimento parziale dei MMG	Attualmente il modello organizzativo prevede: • MMG responsabile clinico del paziente (2-3 ore al giorno) • responsabilità organizzativa in capo agli infermieri sotto la supervisione di un responsabile aziendale
			In prospettiva, si desidera aumentare il grado di coinvolgimento di specialisti (es. geriatrici, internisti) a supporto dei MMG

Tabella 12.6 (segue)

	AULSS 6 Euganea (Veneto)	ASST Mantova (Lombardia)	ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila (Abruzzo)
Tecnologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si riconosce un vantaggio strutturale per gli OdC situati all'interno di ospedali per acuti in quanto usufruiscono delle tecnologie in loco</li> <li>• Si pianifica uno sviluppo della telemedicina nei 2 OdC in ristrutturazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si riconosce un vantaggio strutturale per gli OdC situati all'interno di ospedali per acuti in quanto usufruiscono delle tecnologie in loco</li> <li>• Un OdC nuovo sarà dotato di tecnologia radiologica ed ecografica extra rispetto ai requisiti minimi da DM 77/2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si riconosce un vantaggio strutturale per gli OdC situati all'interno di ospedali per acuti in quanto usufruiscono delle tecnologie in loco</li> <li>• Gli OdC nuovi verranno dotati di tecnologia per diagnostica di laboratorio e radiologica</li> </ul>
Governance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporti con la Regione per individuazione degli OdC da ristrutturare e del finanziamento dedicato</li> <li>• Coinvolgimento limitato dei Comuni (trattandosi di ristrutturazioni)</li> <li>• rapporti con gli assistenti sociali dei Comuni in caso di dimissioni difficili o transizioni da OdC a RSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confronto partecipato con il territorio, in particolare con gli enti locali e i Comuni (Assemblea del Sindac)</li> <li>• Confronto costante con ATS e Regione a fini prevalentemente rendicontativi e di autorizzazione di spesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interlocuzione costante e positiva con la Regione per l'individuazione delle sedi e la ripartizione delle risorse tra le ASL</li> <li>• Condivisione delle scelte con i rappresentanti delle istituzioni locali (programmazione "dal basso")</li> </ul>
Criticità e sfide future	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuale inadeguatezza del personale assistenziale rispetto alle esigenze di mobilitazione e recupero funzionale del paziente</li> <li>• Difficoltà organizzative nella gestione dei posti letto ubicati presso le RSA, emerse soprattutto durante la pandemia</li> <li>• In generale, insufficienza di personale infermieristico a causa del tetto alla spesa del personale (fermo dal 2004), e del basso numero di laureati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adattamento del modello regionale di cure intermedie agli standard nazionali per gli OdC (DM 77/2022)</li> <li>• Carenza di personale infermieristico e altre professioni sanitarie</li> <li>• Intento di rafforzare il flusso di pazienti da territorio a ospedale e depotenziare il percorso inverso attualmente prevalente (da ospedale a territorio).</li> <li>• Potenziamento di telemedicina e teleconsulto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempistiche stringenti richieste dal PNRR</li> <li>• Potenziamento della telemedicina e dell'informatizzazione e integrazione con altre reti assistenziali</li> </ul>

#### 12.4.3.4 L'esperienza inglese: la Community Hospitals Association (CHA) e i Community Hospital del Galles del Nord

Il caso inglese rappresenta un contesto decisamente particolare poiché, come ricordato precedentemente, può vantare una delle più lunghe tradizioni in termini di community hospitals (CHs). Il primo CH fu fondato infatti nel 1859 a Cranleigh nel Surrey, a 70 km a sud di Londra. Il numero di CHs è aumentato progressivamente e nel 2021 si contano più di 500 CHs in tutto il Regno Unito<sup>6</sup>. Si tratta quindi di un modello assistenziale di lunga data, che ha visto la sperimentazione di diversi approcci e che nel tempo si è evoluto e modificato.

A rappresentare i CHs su tutto il territorio nazionale vi è la Community Hospital Association (CHA), associazione no profit e su base volontaria, nata più di 50 anni fa con lo scopo di promuovere questo setting assistenziale, evidenziandone i benefici per i pazienti ma anche per i professionisti e per il servizio sanitario nel complesso. La mission della CHA si articola in tre macroobiettivi: supportare lo sviluppo dei CHs verso una sempre migliore qualità di cura, generare networking tra i professionisti, i territori e i pazienti, e infine promuovere la ricerca scientifica relativa allo sviluppo di modelli di assistenza territoriale. L'associazione è composta da membri con diversi background professionali: non solo figure mediche (medici ospedalieri, MMG, etc.), ma anche professioni sanitarie (infermieri, OSS, etc.), assistenti sociali, management consultants, etc.

Un CH viene definito come un piccolo ospedale rurale che offre un insieme di servizi ad una comunità di riferimento, inclusi letti di degenza, salute materno-infantile, assistenza ambulatoriale, chirurgia minore, radiologia di base, etc. Sono gestiti da *community-health professionals*, fortemente integrati con il territorio, che nel National Health Service (NHS) britannico possono essere: MMG, infermieri di comunità o di distretto, infermieri specializzati in salute mentale, terapisti, assistenti sociali e altri professionisti sanitari (fisioterapisti, dietisti, radiologi, etc.). Non esiste di fatto un elenco esaustivo dei “professionisti sanitari di comunità” in quanto i servizi stessi di community health sono in continua evoluzione ed espansione<sup>7</sup>. Taylor et al. (2017) hanno indagato a fondo il tema e sviluppato una tassonomia di riferimento per definire chi sono i community health workers e che cosa fanno, in modo da fare chiarezza in un contesto che, come detto, è piuttosto ampio e mutevole. In sintesi, gli autori elencano una serie di caratteristiche personali e professionali che i community health workers hanno/dovrebbero avere: rispetto alle prime, si evidenzia come si tratti generalmente di persone con una conoscenza approfondita e quindi un

<sup>6</sup> Per maggiori dettagli e informazioni di contesto, vedere il sito della CHA: <http://www.communityhospitals.org.uk/what-are-community-hospitals.html>.

<sup>7</sup> Per maggiori dettagli sui servizi sanitari di comunità inglesi, vedere il sito NHS: <https://www.england.nhs.uk/community-health-services/>.

legame forte con la propria comunità o territorio locale di provenienza, con tratti personali predominanti di empatia, socialità e supporto nei confronti dei più fragili; rispetto al ruolo professionale, sono diverse le attività che possono svolgere con maggiore frequenza (supporto sociale, attivismo, lavoro di comunità, ma anche assistenza e sviluppo di servizi innovativi per la comunità). Infine, sono generalmente motivati dall'obiettivo di rendere il paziente più autonomo possibile. Dall'intervista con i referenti della CHA è emerso come queste caratteristiche siano le medesime che l'associazione auspica per lo staff clinico e assistenziale dei CHs. Il tema della collaborazione, del mutuo scambio tra i professionisti e la comunità è centrale per spiegare l'approccio di fondo del modello di cura adottato dai CHs. In questo senso, "community" non è solamente un nome identificativo, ma è un elemento sostanziale senza il quale questo setting assistenziale perderebbe significato e la sua ragione d'essere. Il legame con la comunità di riferimento, che è bacino d'utenza ma anche fonte di supporto (non sono rare le esperienze di fundraising e donazioni da parte di cittadini privati verso strutture sanitarie territoriali), è quindi, al contempo, ragione di sviluppo e effetto prodotto da queste strutture.

Originariamente istituiti come *cottage hospitals* con letti di degenza, i CHs inglesi si sono sviluppati in hub di servizi, che variano dalla promozione della salute, diagnostica, trattamenti, riabilitazione e assistenza nel fine vita (McCormack, 1983; Ritchie *et al.*, 1998; Winpenny *et al.*, 2016). I CHs non sono definiti da standard omogenei su tutto il territorio nazionale (Heaney *et al.*, 2006), ma piuttosto variano considerevolmente, in base alle esigenze delle popolazioni locali. La CHA riporta quattro principali tipologie di CHs:

1. *Classic CH*: Un ospedale che offre un range di servizi assistenziali per la comunità di riferimento. Possono includere, oltre ai letti di degenza, attività ambulatoriale, diagnostica, chirurgia, assistenza diurna, infermieri, maternità, cure primarie e servizi di sensibilizzazione per i pazienti erogati da team multidisciplinari;
2. *CH Hub*: Gli hub non includono letti di degenza, ma possono includere attività ambulatoriale, diagnostica, trattamenti, assistenza diurna, cure primarie e servizi di sensibilizzazione. Possono anche fornire servizi riguardanti il benessere e la promozione della salute e anche fornire un luogo per i servizi del terzo settore.
3. *Intermediate Care or Rehabilitation Unit*: Una struttura locale che fornisce letti e terapie associate al fine di promuovere l'indipendenza, evitare il ricovero in un ospedale per acuti (step up) e ridurre la durata dei soggiorni in un ospedale per acuti (step down). Queste unità o ospedali in genere si concentrano esclusivamente sulla riabilitazione e non forniscono altri servizi. Queste possono essere unità autonome o all'interno di una casa di cura.
4. *CH beds in a hospital ward*: I posti letto per le cure intermedie sono stati isti-



tuiti in un certo numero di ospedali per acuti e sono descritti come ospedali di comunità all'interno di un ospedale per acuti.

Generalmente, i CHs offrono servizi di cure sub-acute, riabilitazione, cure palliative e sono dotati di letti di degenza per materno-infantile e stroke care. Diversi studi (Newell and Jordan, 2015; Davidson *et al.*, 2019) dimostrano come i CHs rappresentino un valore aggiunto per i pazienti, sia in termini di setting assistenziale in sé (si tratta di un setting accogliente, vicino a casa, riconoscibile, in grado di mettere in atto una presa in carico olistica e davvero attenta a tutti gli aspetti di vita del paziente, etc.), sia in termini di qualità percepita, essendo capace di restituire un senso di appartenenza, comunità e proprietà del servizio sanitario.

Quello che emerge da una prima panoramica dell'esperienza inglese è l'estrema variabilità di modelli assistenziali sperimentati in queste strutture, che fanno della differenziazione la loro caratteristica distintiva, proprio per rispondere alle esigenze locali e delle comunità di riferimento. Questo si pone in netto contrasto con le indicazioni normative e lo sviluppo "top down" intrapreso dal nostro Paese e mette in luce importanti interrogativi sull'eventuale necessità di considerare maggiormente i contesti locali, per meglio integrare questi setting con ciò che già esiste.

Nel Regno Unito prevale il modello di CH rurale, nelle grandi città infatti non è usuale la presenza di CHs, principalmente perché risulta troppo costoso mantenerli come *stand-alone facilities*. Nei grandi centri urbani è più frequente che si trovino PL di CH in ospedali per acuti (CH *wards*). Appare dunque come il costo di gestione rappresenti una variabile significativa di configurazione di queste strutture e della loro messa in rete con il resto della filiera.

Da un punto di vista di visione strategica di sistema, è bene notare come nel NHS britannico non esista una linea di intervento e di finanziamento specificatamente dedicata ai CHs e questo per varie ragioni, tra cui il fatto che si tratti di un sistema (ancora) fortemente ospedale-centrico, dove i driver di sviluppo risiedono nel grande ospedale hub per acuti. Per questo, i CHs hanno risentito negli anni di un'immagine che li dipingeva come setting di "serie B", sia agli occhi dei pazienti sia a quelli dei professionisti, che consideravano gli ospedali per acuti come migliori opportunità di crescita professionale. Con il Covid, la situazione si è evoluta verso un maggiore riconoscimento da parte del sistema sanitario di queste strutture, viste come filtro essenziale, capace di scremare gli accessi al grande ospedale e di valorizzare le cure di prossimità.

L'analisi dell'esperienza inglese si è in particolare soffermata sul contesto dei CHs situati nella zona del Galle del Nord, analizzandone la funzione, il modello organizzativo, i vantaggi e le recenti criticità affrontate in seguito all'emergenza pandemica. Il NHS in Galle è organizzato in 7 consigli sanitari



locali (*local health boards*) e 3 trust indipendenti. I *board* locali sono responsabili della pianificazione e della fornitura di servizi NHS nelle loro aree, inclusi i servizi dentistici, ottici, farmaceutici e di salute mentale. Inoltre, hanno il compito di migliorare gli esiti di salute fisica e mentale, promuovere il benessere della collettività, ridurre le disuguaglianze sanitarie tra la popolazione; per raggiungere questi obiettivi, i *board* possono commissionare alcuni servizi ad altre organizzazioni che meglio soddisfano le esigenze della popolazione locale. I trust del NHS si occupano della salute pubblica, dell'emergenza-urgenza e delle cure oncologiche. Vi è poi un numero consistente di organizzazioni private e del Terzo Settore che offrono servizi assistenziali e supportano il sistema sanitario in Galles.

Il Galles del Nord rappresenta uno dei 7 board locali ed è suddiviso in 7 distretti (*administrative counties*) di cui 3 urbani e 4 rurali. La popolazione del Galles del Nord ammonta a circa 705mila abitanti, poco più del 20% di quella totale (3 milioni) e si stima che almeno 13mila persone abitino in zone remote scarsamente servite di servizi e con maggiore difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria. Nella zona sono presenti 3 ospedali per acuti per un totale di 1.540 PL e 14 CHs per un totale di 460 PL. In media un CH è dotato di ca. 28-33 PL, una dimensione assimilabile a quanto previsto anche dai nostri riferimenti normativi (1 modulo 20 PL per OdC, al massimo replicabile fino a 40 PL).

In genere, i CHs di quest'area offrono i seguenti servizi: unità di infortuni lievi, dialisi, servizi radiologici part-time, cure chemioterapiche, trasfusione, servizi di comunità per la salute mentale, infermieri di comunità, ore extra di assistenza erogate dai MMG direttamente in struttura. Inoltre, i CHs sono spesso sede dell'unità di coordinamento locale con i servizi sociali. Recentemente, nei CHs maggiormente attrezzati, sono stati introdotti anche dei punti di primo soccorso per le cure primarie. Presso i CHs vengono inoltre svolte diverse attività terapeutiche: fisioterapia, terapia per il recupero dell'udito, terapia del linguaggio, terapia occupazionale e di sviluppo infantile. Non tutti gli CHs offrono il medesimo range di servizi: la differenziazione dipende dal tipo di domanda espressa dalla comunità di riferimento e dalla vicinanza di altri punti di assistenza.

Per quanto riguarda l'ingresso in struttura, come nel caso italiano, anche qui i pazienti vengono ammessi su richiesta dello specialista ospedaliero o del MMG. In entrambi i casi, l'obiettivo ultimo è quello di rendere il più "accompagnato" possibile il rientro a casa del paziente, che rimane sempre la soluzione maggiormente desiderabile. Dal 2012 al 2017 i PL per acuti sono stati ridotti del 25%, ma il processo di dimissione verso strutture residenziali (*nursing home*) o l'attivazione di unità di cure domiciliari non si è dimostrato essere di semplice attuazione. In primis, poiché le strutture residenziali sono private e pertanto non garantite all'interno della copertura sanitaria.

È per questo che ad esempio nel CH di Ysbyty Alltwen è stato adottato,

già prima del Covid, un programma sperimentale di dimissioni protette che potesse facilitare il rientro a casa dei pazienti. Il progetto consiste nel dedicare parte del personale infermieristico del CH ed eventualmente ulteriori *community workers* assunti ad hoc alla gestione del paziente dimesso direttamente al suo domicilio. Nel periodo immediatamente successivo alla dimissione, alcuni professionisti del CH continuano a seguire il paziente a domicilio, il quale, in questo modo, non subisce un cambio brusco e repentino di setting, ma anzi continua il suo percorso di cura, seguito dalle persone che già lo avevano in carica in ospedale. Inoltre, gli infermieri e i *community workers* preparano e insegnano al caregiver la gestione di eventuali dispositivi medici o di trattamenti farmacologici da somministrare al paziente.

Durante il Covid, alcuni CHs sono stati utilizzati per i pazienti positivi in attesa di completa negativizzazione (“*red hospitals*”), altri invece sono rimasti Covid-free (“*green hospital*”), accettando pazienti dal territorio opportunamente pre-controllati e autorizzati. Durante l'emergenza pandemica molto del personale originariamente strutturato in CHs è stato trasferito in ospedali per acuti per mancanza di personale e successivamente non è più tornato all'incarico professionale precedente, nonostante il maggiore carico lavorativo, ma compensato da uno stipendio sensibilmente più alto. Al momento quindi, almeno per alcuni CHs del Galles del Nord, si avverte la mancanza di personale qualificato e con elevata esperienza.

Dall'analisi emerge come i CHs siano interpretati come un modello estremamente variabile e flessibile, che si adatta alle esigenze del territorio, spaziando in un range ampio di servizi offerti. La flessibilità si è dimostrata essere una qualità chiave ed essenziale durante il periodo Covid, che ha permesso a queste strutture di offrire un valido supporto alla rete ospedaliera già in evidente affanno e sovraccarico. La sfida principale per il sistema inglese, come per quello italiano, risulta essere quella del personale: quali meccanismi di incentivazione risultano maggiormente efficaci per attrarre le giuste competenze nei setting territoriali? Come dotare questi ultimi dei professionisti necessari? Resta una domanda aperta a cui il sistema inglese ha provato a dare alcune prime risposte: innanzitutto l'utilizzo dei *virtual wards* che permettono di bypassare la distanza geografica e di connettere virtualmente professionista e paziente. In un *virtual ward*, il supporto per il paziente può includere il monitoraggio remoto utilizzando app, piattaforme tecnologiche, dispositivi indossabili e dispositivi medici come pulsossimetri. Il supporto può anche comportare l'assistenza *face-to-face* da parte di team multidisciplinari con sede nella comunità locale. Diffusi e sempre più utilizzati durante il Covid, i *virtual ward* possono rappresentare di fatto un'importante opportunità anche per i CHs, dove il paziente può essere seguito a distanza da uno specialista stabilmente strutturato in un ospedale per acuti, che eroga ore di assistenza (virtuali) anche a chi è ri-

coverato in una zona remota del paese. Un secondo elemento su cui in particolare le strutture del Galles del Nord stanno investendo in modo significativo è la formazione e percorsi di training per le professioni infermieristiche, anche in modalità *blended* o totalmente virtuale. Si ha ben presente infatti di quanto sia irrealistico e nemmeno desiderabile pretendere una presenza medica costante e frequente presso i CHs, sia per una questione di risorse (umane e finanziarie), sia per una questione di modello organizzativo (il CH viene inteso come luogo di valorizzazione delle figure infermieristiche). È essenziale quindi che il personale infermieristico che opera presso i CHs sia adeguatamente formato, in grado di gestire situazioni complesse e che possa essere messo nelle condizioni di essere il più autonomo possibile.

## 12.5 Alcune riflessioni sulla varietà degli OdC

Gli OdC sono sicuramente uno degli elementi più innovativi della Missione 6 del PNRR. Sono per diversi aspetti un salto nel buio con un elevato livello d'incertezza per quanto riguarda il loro concreto funzionamento in futuro e l'utilità per il SSN. Potrebbero essere la carta fondamentale, permettendo la creazione di strutture in grado di rispondere ai cambiamenti dovuti alla transizione epidemiologica, sociale e demografica, decongestionando gli ospedali, decentrando sul territorio servizi a bassa complessità clinica e tecnologica, potenziando l'umanizzazione dell'assistenza e valorizzando le risorse comunitarie in una logica di cooperazione tra le istituzioni pubbliche e tra queste e la società civile. D'altra parte, invece, potrebbero essere un buco nell'acqua, rivelandosi piccole cattedrali nel deserto: gli investimenti per la costruzione e l'ammodernamento di queste strutture potrebbero non rivelarsi altro che operazioni immobiliari, insostenibili in termini di creazione di valore sociale per mancanza di risorse umane e professionali, indicata come una delle principali criticità per tutti e tre i casi analizzati in questo capitolo. Come tutte le iniziative ad alto livello d'incertezza, l'esito di questa parte del PNRR dipenderà in modo cruciale dalle capacità politiche, gestionali e operative che saranno messe in campo per realizzare l'intera operazione. In questo senso la responsabilità sulle spalle del Ministero della salute, di AGENAS, delle Regioni e delle aziende del SSN è enorme. Per questo motivo è fondamentale un loro impegno straordinario, che vada ben oltre la gestione degli adempimenti burocratici imposti dalle normative nazionali ed europee per costruire visioni, progetti, percorsi di realizzazione in grado di affrontare la grande sfida posta dagli OdC.

Il DM 77/2022 è un documento fondamentale per affrontare questa sfida. In tempi rapidissimi per il contesto italiano, e grazie a un importante lavoro tecnico di AGENAS e di un apprezzabile senso di responsabilità delle Regioni, propone una serie di indicazioni chiare, semplici da comprendere e per diversi

aspetti coraggiose, come ad esempio la scelta di affidare agli infermieri la responsabilità organizzativa e gestionale degli OdC (vedi infra). Il tutto con indicazioni concrete e standard minimi di riferimento. Anche questo è un dato che deve essere visto in termini positivi: il Decreto lascia ampi spazi di discrezione a regioni e aziende su come declinare le indicazioni nazionali. Questi spazi di discrezionalità sono positivi anche perché non è pensabile che, proprio su una partita così innovativa, tutte le problematiche poste dall'istituzione di questi nuovi presidi sanitari siano risolte da un solo documento, per di più predisposto in tempi così rapidi e con risorse professionali di programmazione sanitaria limitate. Per sua natura, il DM 77/2022 è un documento di indirizzo nazionale che ambisce ad un obiettivo strategico per il SSN: ridurre le diseguaglianze territoriali nella disponibilità e accessibilità ai servizi sanitari. Come tale è inevitabilmente centralistico. Occorre tuttavia fare un bagno di realtà: la situazione territoriale è così eterogenea che è praticamente impossibile omogeneizzare il sistema, anche solo per quello che riguarda gli OdC, in un profilo temporale di 4 anni. Le diseguaglianze territoriali hanno una origine storica lontana che spesso esula dalle politiche sanitarie. Regioni come il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Toscana sono relativamente ricche, con forti capacità istituzionali costruite con decenni di lavoro tecnico e politico, con governi stabili che hanno dato continuità all'azione di governo e che godono di un tessuto sociale coeso. Sono anche realtà in cui i rapporti interistituzionali (*in primis* quelli tra regioni, aziende e comuni) sono ben rodati e con un livello di conflittualità sostanzialmente gestito. Sono infine regioni che, per ragioni interne ed esterne al settore sanitario, hanno saputo costruire un capitale professionale e manageriale importante, spesso, purtroppo, anche tramite l'attrazione di persone di valore da altre regioni italiane, cosa che ha finito per impoverire professionalmente quest'ultime. Nel precedente capitolo sugli OdC (Fattore *et al.*, 2021), gli autori hanno dato evidenza di questa situazione, mostrando come circa la metà degli OdC già esistenti sul territorio nazionale fossero ubicati proprio in Veneto ed Emilia-Romagna, dove alcune strutture erano sorte in tempi non recenti (inizio anni 2000) come progetti sperimentali, mentre altre Regioni, specialmente al Sud, ne erano completamente sprovviste.

In questo contesto così diseguale è velleitario pensare che si possa arrivare ad avere un modello unico per tutto il paese. In altre parole, è irrealistico ritenere che nel 2026 gli OdC ubicati in Regioni dove esistono strutture simili agli OdC da decenni possano essere uguali o anche solo simili a quelli di Regioni in cui il punto di partenza è praticamente zero.

Il tema delle diseguaglianze, tuttavia, non è solo una questione interregionale: riguarda anche le grandi differenze interne alle regioni derivanti dalla configurazione dei servizi, la morfologia dei territori e, in termini più generali, la spinosa questione delle aree interne, quelle che in questi 20 anni sono state più colpite dalla stagflazione, dall'emigrazione dei giovani e dalla razio-

nalizzazione della rete ospedaliera. Anche in questo caso non appare appropriato pensare ad un modello unico di OdC. Ad esempio, in una grande città densamente popolata la soluzione più naturale è cercare importanti sinergie logistiche ed organizzative con i presidi esistenti, a partire dagli ospedali. In tale contesto, come mostrano alcuni dei casi presentati in questo capitolo (ad esempio, nel caso 3, si descrive il nuovo OdC in via di attivazione presso l'ospedale di L'Aquila), gli OdC potrebbero configurarsi come presidi fisicamente interni a strutture di assistenza ospedaliera, fatta salva una loro piena dipendenza dall'assistenza distrettuale. Per converso, in aree montane senza presidi è fondamentale offrire servizi locali, che minimizzino le distanze tra pazienti e strutture d'offerta (si vedano, ad esempio, i modelli di OdC adottati a Pescina e Tagliacozzo, che sono due località montane e a bassa densità abitativa dell'Abruzzo). Le indicazioni di programmazione nazionale dovrebbero pertanto riflettere pienamente queste differenze, supportando lo sviluppo di soluzioni fortemente contestualizzate e in grado di rispondere alla variegata articolazione dei bisogni e della domanda di assistenza, che dipendono anche dall'estrema variabilità geografica del nostro Paese.

Le analisi presentate in questo capitolo e in quello del precedente rapporto OASI (Fattore *et al.*, 2021) evidenziano come questa varietà di soluzioni sia già largamente presente. Essa riguarda una serie di aspetti che è utile richiamare e che qui vengono presentati nell'elenco che segue.

1. Il ruolo dei MMG e PLS cambia molto, anche all'interno della stessa regione. In alcune, essi sono realmente parte attiva degli OdC prendendo in carico i pazienti ricoverati e mantenendo pienamente una responsabilità clinica. In altre, MMG e PLS si limitano a mantenere rapporti positivi, principalmente finalizzati ai percorsi di accesso, segnalando agli OdC i pazienti da ricoverare. In altre ancora, gli MMG rimangono in bolle organizzative senza quasi avere rapporti con le strutture del territorio.
2. Anche il tema del coordinamento gestionale presenta differenziazioni molto rilevanti. In alcuni contesti è consolidato il modello per cui questo coordinamento spetta agli infermieri, in altre rimane in capo ai medici che siano specialisti del SSN, MMG o persino specialisti convenzionati. Anche in questo caso non appare appropriato mirare ad un'unica soluzione, malgrado la convinzione di chi scrive che sia pienamente condivisibile l'indicazione di valorizzare la professione infermieristica, fatti salvi percorsi di reclutamento e formazione adeguati a farle svolgere una funzione così critica.
3. Un altro tema emerso dai casi riguarda i rapporti strutturali (la contiguità fisica), funzionali (le relazioni formali e informali sotto il profilo organizzativo) e logistici (la gestione delle attività operative come le mense, la lavanderia, i trasporti). I casi di strutture completamente *stand alone*, almeno in base alla nostra ricognizione, sono rari. L'unico di questo genere che è stato

individuato è l'OdC di Auronzo in Veneto (Fattore *et al.*, 2021). Se da un lato si tratta di un'esperienza molto particolare, legata principalmente ad un medico totalmente dedicato, dall'altro può essere considerata come soluzione estrema, probabilmente non economica, ma comunque razionale rispetto ad obiettivi di decentramento in realtà molto remote. In termini generali, dovrebbe essere chiaro che soluzioni di OdC solitarie nelle zone più remote hanno un costo aggiuntivo per il SSN, ma in ogni caso potenzialmente giustificabile sul piano dell'equità territoriale e delle più generali strategie di supporto alle aree più svantaggiate del Paese.

4. Un ulteriore punto particolarmente critico riguarda il profilo dei pazienti a cui si rivolgono gli OdC. Nel capitolo è stato svolto un lavoro approfondito su questo tema, ragionando sulle quattro tipologie proposte dal DM 77/2022 e raccogliendo il punto di vista di *key informant* tramite la tecnica dei focus group e delle interviste. Ne è emerso un quadro caratterizzato da orientamenti parzialmente diversi, soprattutto sui *desiderata* futuri e su chi prevalentemente dovrebbe accogliere l'OdC, mentre c'è più accordo nel ritenere i pazienti dimessi da strutture ospedaliere (step down) come il target prevalente degli OdC al momento funzionanti. L'aver identificato queste quattro tipologie è molto utile perché costringe a ragionare in termini concreti ed è prodromo alla progettazione dei modelli di servizio. Tuttavia, rimane molto da fare per approfondirle e testarle concretamente con analisi puntuali che partano dalle caratteristiche cliniche e socioassistenziali dei pazienti.
5. Infine, vi è il tema del ruolo dei medici e del loro impegno. Anche su questo non manca varietà nelle soluzioni analizzate. Si passa da presidi in cui il loro ruolo è molto contenuto, in sostanza alle sole attività di responsabilità igienico-sanitaria e di responsabilità clinica sui singoli pazienti, ad altre in cui gli OdC si configurano come piccoli ospedali con un'offerta strutturata di personale medico con molteplici funzioni. Nel rispetto del principio generale di "tolleranza" della varietà delle esperienze, chi scrive ritiene però che si debba tendere a soluzioni che minimizzino il ruolo dei medici negli OdC. Questo per due ordini di motivi. Il primo riguarda la natura del lavoro da svolgere negli OdC che dovrebbe essere il più possibile assistenziale e il meno possibile medicalizzato. Chiaramente, non si mette in dubbio che il medico sia una figura essenziale per il buon funzionamento degli OdC, come non si mette in discussione che debba definire i percorsi diagnostico-terapeutici. Si vuole però sottolineare che con queste strutture si vuole creare un modello alternativo all'ospedale, centrato sull'assistenza, l'umanizzazione delle cure, la creazione di rapporti fiduciosi tra infermieri di comunità e pazienti. Quella che si propone è una rivoluzione culturale di come si intende la sanità a fronte di bisogni della popolazione che sono sempre più di natura assistenziale invece che medica. Ad esempio, negli OdC, una volta fatta la diagnosi e impostata la terapia dovrebbe prevalere un lavoro sull'aderenza

terapeutica, l'educazione del paziente e dei caregiver, di rieducazione funzionale, di recupero delle capacità relazionali. Queste attività non sono da far fare ai medici, ma da professionisti con una preparazione diversa, più centrata sul paziente come persona, in una visione olistica (che si scontra con la specializzazione del sapere medico moderno), meno tecnologica e, appunto, più "umanistica". Sono infermieri, fisioterapisti e psicologi, i professionisti su cui investire e puntare. E tutto ciò non dovrebbe essere visto come una *diminutio* per i medici. Anzi, dovrebbe essere visto come una grande opportunità per riqualificare il lavoro medico, lasciando maggiore spazio ad attività più complesse sotto il profilo clinico, alla formazione scientifica, alla ricerca diffusa anche agli ambiti territoriali, alla partecipazione alla comunità di pratica. Questo ragionamento, almeno in parte, vale anche per MMG e PLS. Attualmente sono una professione in profonda crisi, per ragioni che in questa sede non abbiamo spazio per approfondire. Rimane che in oltre 40 anni di vita del SSN sono rimasti in una posizione di arretratezza rispetto agli specialistici, trovandosi a svolgere lavori amministrativi, assistenziali nel senso presentato sopra e, spesso di natura sociale. Tutto ciò rende questa professione poco attrattiva per i giovani di talento, spesso usurante e carica di frustrazioni. Le buone condizioni economiche ottenute dalle contrattazioni nazionali e regionali non riescono a compensare questa situazione. Si rende necessario un cambio di passo e gli OdC sono un importante banco di prova. In questo senso è da contrastare la tendenza verso un impegno di tempo di MMG e PLS in queste strutture troppo significativo. Occorre invece puntare sulla loro centralità nelle CdC e nel rilancio dell'assistenza territoriale. E, per far questo, anche a prescindere da eventuali trasformazioni del loro status giuridico, occorre immediatamente istituire le scuole di specialità in medicina generale, attivando più cattedre universitarie dedicate e investendo sulla ricerca scientifica nella medicina generale e territoriale. Non andare in questa direzione continuerebbe al protrarsi di una concezione del MMG come un medico di serie B, magari amato dai pazienti proprio perché poco medico e più assistente sociale (ovviamente con tutto il rispetto per gli assistenti sociali). Fortunatamente i segnali, non poi così deboli, da parte degli MMG più giovani vanno nella direzione qui proposta. Il secondo ordine di motivi per cui si auspica una *task-shift* tra medici e altre professioni sanitarie riguarda la sostenibilità economica. Anche se potrà apparire brutale, qui il punto è che i medici costano al sistema molto di più degli altri professionisti. Continuare a impegnarli su attività trasferibili a professionisti meno costosi è uno spreco di risorse pubbliche. I confronti internazionali, di cui purtroppo si tiene troppo poco conto nel dibattito italiano, evidenziano chiaramente che, complessivamente, in Italia non vi sia carenza di medici ma quanto piuttosto di infermieri e altre professioni sanitarie (Maier *et al.*, 2022). Continuare a sostenere che ci sia carenza di medici fuorvia l'essenza



della questione: certo che ci sono pochi medici se fanno attività che potrebbero essere delegate! Si pensi alle ricette ripetute. Non sarebbe più razionale che questa attività fosse delegata con un meccanismo di supervisione? O alla gestione dell'agenda degli appuntamenti. O alla ricerca delle soluzioni per ricoverare i pazienti. Senza contare che la traiettoria tecnologica in corso va verso l'utilizzo di algoritmi che standardizzano e automatizzano la gestione dei pazienti con casistiche comuni, lasciando al contempo al medico l'intervento sulle situazioni che veramente richiedono competenze avanzate.

## 12.6 Raccomandazioni di programmazione sanitaria

L'analisi svolta suggerisce alcune raccomandazioni per la programmazione sanitaria nazionale e per quelle regionali. In primo luogo, si vuole evidenziare che le conoscenze su cosa siano oggi gli OdC presenti in Italia sono troppo limitate. Questo e il precedente capitolo di OASI 2021 sugli OdC, come l'importante lavoro di ricognizione del Parlamento del 2021 (Camera dei Deputati, 2021) devono essere intesi come punto di partenza, non di arrivo. In realtà, si sa poco, troppo poco per portare avanti un progetto così ambizioso come l'istituzione di più di mille nuove presidi per un costo, solo per la parte in conto capitale, di più di un miliardo di euro. Parte delle conoscenze sono potenzialmente disponibili ma vanno messe a sistema, mentre altre sono letteralmente nascoste nei meandri dei sistemi informativi e nella testa di qualche dirigente regionale.

Sono in particolare due le aree su cui si raccomanda di concentrare il lavoro. La prima riguarda il profilo dei pazienti. Qui occorre partire dai sistemi informativi aziendali e regionali, eventualmente affiancati da un'indagine ad hoc, per fare emergere le caratteristiche cliniche dei pazienti, le loro condizioni socioeconomiche e familiari, e i percorsi diagnostico-terapeutici. È un lavoro ingannevolmente facile perché le informazioni sono disperse e spesso in formati che rendono difficile l'aggregazione e l'analisi. La seconda area d'indagine riguarda i modelli organizzativi. In questo capitolo si è fatto il possibile per farne emergere alcuni, ma si tratta di un lavoro non ancora sufficiente per avere un quadro approfondito e che renda giustizia alla varietà di esperienze del paese. Per questo motivo la prima raccomandazione è lanciare un progetto nazionale con risorse finanziarie e professionali adeguate che abbia mandato pieno per fare questa ricognizione.

La seconda raccomandazione riguarda l'analisi delle esperienze internazionali. L'Italia non è il primo paese a tentare un forte decentramento dell'assistenza sanitaria anche, ma non solo, tramite lo sviluppo degli OdC. Il Regno Unito ha una lunga tradizione ed è oggetto di numerosi studi (O'Reilly, 2008; Joung *et al.*, 2020). In altri Paesi, l'ampiezza del territorio e la bassa densità



abitativa hanno fatto sì che si sperimentasse un'ampia gamma di soluzioni (si pensi all'Australia, Canada, Finlandia) (Pinchforth *et al.*, 2017). Molti dei temi che l'Italia sta affrontando oggi sugli OdC sono stati oggetto di progetti ed esperienze in altri contesti, spesso documentati con pubblicazioni o materiale “grigio”, facilmente accessibili.<sup>8</sup> In altre parole, si deve evitare di scoprire l'acqua calda, uscendo dal localismo che a volta domina le politiche pubbliche del nostro Paese. Pertanto, la seconda raccomandazione è commissionare, possibilmente ad un pool di centri di ricerca, un'analisi sistematica delle esperienze internazionali più rilevanti, a partire da quella evidenziata in questo capitolo e riguardante il Regno Unito. La breve revisione dell'esperienza del regno Unito ha infatti messo in luce una varietà di esperienze, spesso legate ad una lunga evoluzione nel tempo e ad un forte radicamento del contesto locale. Ad esempio, un recente studio inglese su 101 OdC che offrono servizi di riabilitazione ha messo in luce importanti variazioni nei livelli di efficienza e come essi dipendano dalle capacità dei professionisti di lavorare in team, dalla programmazione dei tempi di ricovero e dal coinvolgimento di pazienti e caregivers nei processi decisionali (Young *et al.*, 2020).

Il PNRR finanzia la parte in conto capitale delle spese per gli OdC. Come è naturale che sia, l'attuale attenzione della programmazione sanitaria è principalmente dedicata ad ottenere questi fondi e a garantire che vengano distribuiti in modo equo e funzionale. Ma costruire le mura e comprare un po' di tecnologia è solo il primo passo di un cammino molto più lungo, che comprende la progettazione dei servizi da offrire, l'identificazione della domanda da soddisfare, le decisioni su come dotare le nuove strutture di personale adeguato e la definizione dell'infrastruttura informativo-informatica. Tutto questo richiede un grande sforzo intellettuale, ma radicato su conoscenze concrete intorno a quello che già c'è e sulle esperienze fatte in altri contesti (prime due raccomandazioni). La terza raccomandazione è pertanto di istituire velocemente un tavolo tecnico dandone il coordinamento ad AGENAS. Tale tavolo, relativamente ristretto, dovrebbe essere composto da esperti selezionati in base a competenze certificate e che si impegnano a lavorare per un periodo temporale limitato ed economicamente compensato.

La quarta raccomandazione riguarda il tenere conto delle differenze esistenti tra le Regioni con riferimento all'implementazione del modello OdC. Per essere realistici occorre predisporre obiettivi e *road map* differenziate, con l'obiettivo di tendere all'omogeneizzazione con target raggiungibili, pena la deresponsabilizzazione per il cd. *racket effect*, ossia l'effetto per il quale porre

<sup>8</sup> Tra questi, si annovera lo *Special Interest Group* sulle cure intermedie della *International Foundation for Integrated Care*, che ha l'obiettivo di favorire la collaborazione sul tema tra discipline e paesi diversi, disponibile al link: [https://integratedcarefoundation.org/sig\\_groups/intermediate-care](https://integratedcarefoundation.org/sig_groups/intermediate-care).

obiettivi troppo ambiziosi finisce per essere controproducente perché scoraggiante per le realtà che sanno di non avere la possibilità di raggiungerli. Questo, si ribadisce, non significa che non siano utili atti di programmazione nazionale che fissano quantomeno standard minimi di riferimento. La questione è principalmente sul piano dell'ideazione dei modelli di servizio per gli OdC e sui percorsi di cambiamento organizzativo, gestionale e culturali per realizzarli.

L'ultima raccomandazione riguarda la valutazione prospettica dell'intero progetto di sviluppo degli OdC. Il tema della valutazione delle politiche e degli interventi pubblici è in Italia ancora agli albori. L'approccio principalmente giuridico che domina l'analisi delle politiche pubbliche in Italia ignora il tema perché centrato sulla razionalità *ex-ante* dell'intervento pubblico. In altre parole, si pensa che la bontà dell'azione di governo dipenda dalla qualità delle norme e dalla loro coerenza con i principi generali di diritto, assumendo che le leggi vengano sicuramente applicate e che producano gli effetti sperati. Tale approccio è un tratto caratteristico del diritto italiano, in particolare quello amministrativo, che ha ormai connotazioni patologiche (ad es. la proliferazione di leggi spesso in contraddizione tra loro) e che limitano la razionalità economica delle politiche pubbliche, come evidenziato da Borghonovi (1973) quasi 50 anni fa. Negli ultimi due decenni, a livello internazionale e sotto la spinta di una profonda riflessione principalmente portata avanti da economisti con una spiccata propensione all'analisi empirica, si è affermato un approccio alla valutazione delle politiche pubbliche centrato sulla ricerca di evidenze d'impatto, spesso prendendo spunto dall'*Evidence-Based Medicine*<sup>9</sup>. La valutazione di fenomeni sociali presenta tratti distintivi rispetto alla valutazione dei farmaci o di altri interventi sanitari, ma la logica di fondo rimane la stessa: produrre evidenze seguendo un approccio controfattuale, ossia di comparazione tra la situazione prodotta dall'intervento (nel nostro caso gli effetti dell'introduzione degli OdC) e la situazione in cui l'intervento non si sarebbe attuato. Nello specifico, si tratterebbe di valutare l'efficacia (e la costo-efficacia) di un ricovero in OdC rispetto ad altre modalità assistenziali offerte alla stessa tipologia di pazienti in altri contesti. La letteratura in materia è ormai vasta e propone diversi metodi, da quelli più robusti ma spesso poco praticabili come gli esperimenti con randomizzazione tra realtà "trattate" e realtà "non trattate" che fungano da gruppo di controllo, a quelli più semplici, meno scientificamente robusti ma decisamente più fattibili, in cui si raccolgono sistematicamente dati per analizzare le differenze tra prima e dopo l'introduzione di un intervento. Per un approfondimento di questi metodi si rimanda alla copiosa letteratura metodolo-

<sup>9</sup> A questo proposito è molto significativo il video del Premio Nobel Esther Duflo che propone un parallelo tra studi clinici randomizzati in medicina e valutazione di alcuni interventi di natura sociale quali l'incentivazione dell'utilizzo delle zanzariere per prevenire la malaria o la promozione della scolarità nei paesi più poveri (<https://www.youtube.com/watch?v=0zvrgiPkVcs>).

gica ed empirica (si veda ad esempio: Moro 2005; Martini e Sisti 2009; Gertler et al, 2016; Stame 2018).

Rispetto alle finalità di questo capitolo basti richiamare l'importanza che l'introduzione degli OdC nel SSN debba essere accompagnata da un serio lavoro di valutazione che metta a disposizione nei prossimi anni evidenze per sapere se e come hanno funzionato. Pertanto, la raccomandazione è che si lavori sin da subito per impostare questo lavoro di valutazione, affiancando l'attuazione di questa parte del PNRR ad uno o più progetti di valutazione d'impatto. Ciò implica credere che anche sulle politiche pubbliche sia importante generare evidenze empiriche robuste e mettere a punto progettualità di collaborazione tra le istituzioni del SSN e soggetti in grado di disegnare e condurre le attività di valutazione, a partire dalle Università, la Commissione Europea, la Banca Mondiale e, in misura crescente, anche organizzazioni non governative. Tra l'altro, è utile fare presente che la stessa Commissione mette a disposizione ingenti fondi per effettuare questi studi. Tale valutazione d'impatto dovrebbe innanzitutto centrarsi sulla tipologia dei pazienti seguiti, le prestazioni erogate e l'impatto sul sistema ospedaliero e la rete dei servizi sociali. Sarebbe ad esempio importante poter misurare se l'introduzione degli OdC riduce il numero di ricoveri ospedalieri o ha un impatto sulla degenza. Sarebbe anche utile un sistema di valutazione che prendesse in considerazione il livello di soddisfazione dei pazienti e dei loro caregivers. Infine, è auspicabile una valutazione di costo che permetta di misurare anche le risorse assorbite e gli eventuali risparmi attribuibili agli OdC.

## 12.7 Conclusioni

Il SSN sta vivendo un momento straordinario, per molti aspetti simile a due snodi precedenti che ne hanno fatto la storia. Il primo fu l'istituzione del SSN nel 1978, con una riforma radicale che fu il frutto di una larga convergenza politica e rappresenta la più importante riforma del sistema di protezione sociale del Paese dal secondo dopoguerra (Fattore, 1997; Ferrè *et al.*, 2014). Il secondo, avvenuto in uno dei momenti più critici del quadro economico e politico del Paese, è riconducibile al decreto legislativo 502/92, che rafforzò la centralità delle regioni nel SSN e introdusse l'aziendalizzazione. Il terzo è quello attuale, in cui la grave crisi pandemica ha aperto una finestra di opportunità grazie agli ingenti investimenti previsti dal PNRR, a cui sono collegati precisi impegni del governo italiano ad attuare riforme che consolidino la sostenibilità economica e migliorino la performance del sistema sanitario pubblico.

Lo sviluppo, o il consolidamento nelle realtà più avanzate, dell'assistenza territoriale è l'elemento centrale della Missione 6, che va considerata anche alla luce dell'impegno che preso dall'Italia a riformare radicalmente il sistema

di protezione sociale sulla non autosufficienza. Come evidenziato precedentemente, gli OdC sono l'elemento più innovativo e rischioso della missione 6. Per questo motivo meritano una particolare attenzione, probabilmente superiore a quella sulle altre parti del Piano. Si parta dai paletti posti dal DM 77/2022. Gli OdC non sono ospedali per acuti e non dovrebbero essere dotati di Pronto Soccorso. Le situazioni critiche da un punto di vista clinico devono essere gestite da presidi specialistici, con avanzate dotazioni tecnologiche e con importanti volumi di attività, in primo luogo per ragioni di sicurezza ed efficacia e in secondo luogo di economicità. Nelle zone remote l'accesso ai servizi deve essere assicurato tramite un miglioramento dei sistemi di trasporto sanitario, compreso l'elisoccorso. Gli OdC non sono neanche strutture residenziali per pazienti clinicamente stabili anche se non autosufficienti. Per questi pazienti il nostro sistema di protezione sociale prevede altri presidi, innanzitutto le RSA, il cui finanziamento del SSN è limitato alla sola parte sanitaria. Infine, ma su questo c'è più ambiguità, non dovrebbero neanche essere ospizi perché la natura delle cure palliative, i bisogni dei pazienti terminali e dei loro familiari e le dotazioni tecnologiche suggeriscono la necessità di altre strutture. Messi questi paletti, allora cosa possono essere gli OdC? Non è una domanda a cui è facile rispondere. L'intuizione è che siano presidi intermedi tra ospedali per acuti e RSA, da un lato, e domicilio dei pazienti dall'altro. Dovrebbero pertanto essere luoghi di transizione -da qui l'idea di degenze brevi- in grado di gestire una fase temporanea in cui pazienti clinicamente stabili vengono messi nelle condizioni di rimanere nell'alveo della comunità di appartenenza: la residenza di provenienza, altre situazioni abitative (ad es. le famiglie di appartenenza) o le stesse RSA (Morando e Tozzi, 2014). Già nel 2014, ben prima del riconoscimento formale degli OdC, avvenuto a livello legislativo soltanto nel 2020, si parlava della delocalizzazione di alcuni segmenti dell'ospedale in strutture "intermedie" che ospitano i MMG in forma associativa. Realizzare questi presidi, e soprattutto farli funzionare secondo le indicazioni testé presentate, potrebbe produrre benefici importanti: evitare ricoveri impropri nelle strutture per acuti, ridurre la degenza ospedaliera limitandola alle attività strettamente collegate alla fase acuta delle malattie, dare tempo ai pazienti ai loro familiari e agli assistenti sociali di organizzarsi per gestire la post-acuzie e svolgere attività di educazione per la gestione sanitaria della fragilità (ad esempio sull'aderenza terapeutica). In questo senso, oltre all'affermazione di questi presidi, sarà importante lo sviluppo delle COT per gestire il loro ruolo come ambito di transizione tra diversi setting assistenziali. L'intuizione ha quindi una sua *ratio* ma propone due domande che il capitolo lascia alla discussione. Come sviluppare in tempi brevi il cambiamento di mentalità professionale e culturale della popolazione richiesto per realizzare un modello così innovativo? Come e dove trovare le risorse finanziarie, ma soprattutto professionali, per realizzarlo?

## 12.8 Bibliografia

- Borgonovi E. (1973), *L'economia aziendale degli istituti pubblici territoriali*, Giuffrè, Milano.
- Camera dei Deputati, Servizio Studi Affari Sociali, (marzo 2021), «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», Relazione n. 144.
- Conferenza Permanente Stato-Regioni (20 febbraio 2020), «Intesa sui Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità».
- Community Hospitals Association (CHA) (2008), «Report to Department of health & community health partnerships. Profiling community hospitals in England 1998-2008», *CHA Report*.
- Davidson D., Ellis Paine A., Glasby J., Williams I., Tucker H., Crilly T., et al. (2019), «Analysis of the profile, characteristics, patient experience and community value of community hospitals: a multimethod study», *Health Serv. Deliv. Res.*, 7(1).
- Del Vecchio, M., Lega, F., & Prenestini, A. (2016), «La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipe itineranti», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Fattore G. (1999), «Cost-containment and reforms in the Italian National Health Service», in Mossialos E., Le Grand J. editors (a cura di) *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot: Ashgate, pp. 513-546.
- Fattore G. (2005), *Metodi di Ricerca in economia Aziendale*.
- Fattore G., Meda F., Merzaglia M. (2021), «Gli Ospedali di Comunità in Italia: passato, presente e futuro», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Ferrè F., de Belvis A.G., Valerio L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., Ricciardi W., Maresso A. (2014), *Italy: Health system Review*, Copenhagen: WHO publishing.
- Gertler P.J., Martinez S., Premand P., Rawlings L.B., Vermeersch C.M.J., *Impact Evaluation in Practice*, World Bank Group 2016.
- ISTAT (27 aprile 2020), «Gli aspetti di vita degli over 75. Condizioni di salute, vicinanza ai figli, disponibilità di spazi esterni all'abitazione, cani in casa», in *Rapporto Istat, Statistiche Today*.
- ISTAT (marzo 2022), «Classificazione dei Comuni».
- Maier M., Kroezen M., Busse R., Wismar M. (eds) (2022), *Skill-mix innovation, Effectiveness and Implementation*, Cambridge University Press | European observatory on health systems and policies. DOI 10.1017/9781009031929
- Martini A., Sisti M. (2009), *Valutare il Successo delle Politiche Pubbliche*, Il Mulino.

- Ministero della Salute, Decreto Legge n. 77 del 23 maggio 2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Morando V., Tozzi V. (2014), «Processi evolutivi delle reti oncologiche tra dinamiche istituzionali e manageriale», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Moro G. (2005), *La Valutazione delle Politiche Pubbliche*, Carocci.
- Newell S., Jordan Z. (2015), «The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol», *JBIS Database System Rev. Implement Rep.*, 2015 Jan;13(1):76-87. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1072. PMID: 26447009.
- O'Reilly J., Lowson K., Green J., Young J.B., Forster A., (2008), «Post-acute care for older people in community hospitals – a cost-effectiveness analysis within a multi-centre randomised controlled trial», *Age Ageing* 2008, 37:513–20.
- Pitchforth E., Nolte E., Corbett J., Miani C., Winpenny E., Van Teijlingen E., et al. (2017), «Community hospitals and their services in the NHS: identifying transferable learning from international developments – scoping review, systematic review, country reports and case studies», *Health Serv. Deliv. Res.*, 5(19).
- Ritchie L.D., Robinson K. (1998), «Community hospitals: new wine in old bottles?», *Br J Gen Pract.*, 48, pp. 1039–40.
- Ryan S.M., Milsom P., Yang J., Snyman G., «Travelling surgeons – a clinical audit of laparoscopic cholecystectomy procedures in Northland, New Zealand», *N Z Med J* 2009, 122:34–40.
- Royal College of General Practitioners (1983) «General Practitioner Hospitals: Report of a Working Party Appointed by the Council of the Royal College of General Practitioners», *Occasional Paper 23*, London: Royal College of General Practitioners.
- Young J., Hulme C., Smith A., Buckell J., Godfrey M., Holditch C., et al. (2020), «Measuring and optimising the efficiency of community hospital inpatient care for older people: the MoCHA mixed-methods study», *Health Serv. Deliv. Res.*, 2020;8(1).