

# 13 Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete<sup>1</sup>

*di Laura Giudice, Erika Mallarini, Luigi Maria Preti e Valeria Rappini<sup>2</sup>*

## 13.1 Introduzione

Nel nostro SSN la crescita di attenzione alle forme di erogazione «fuori dall'ospedale» ha portato a un rinnovato interesse verso il modello della Casa della Salute dopo anni (quasi 15) di sviluppo variegato e disomogeneo nei vari contesti regionali (Del Vecchio, Prenestini, Rappini, 2016; Morando, Prestini, Rappini, 2017). Le Case della Salute/Case di Comunità, insieme ad altre tipologie di presidi territoriali, sono state infatti individuate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) come luoghi cardine della Missione Salute (la numero 6) da consolidare e sui quali investire ulteriormente per potenziare l'assistenza socio-sanitaria a livello territoriale.

Il modello della Casa della Salute (di seguito anche «CDS») trova un primo input normativo nell'ambito della Legge Finanziaria del 2007, con cui furono stanziare risorse ad hoc per la sua sperimentazione. A partire da una definizione di massima della CDS – che la caratterizza come «una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie» – nelle varie regioni si sono materializzate più declinazioni. Nella maggior parte delle situazioni si parla di CDS, e più recentemente di Case del-

---

<sup>1</sup> Il capitolo trae spunto dalla ricerca condotta per l'ATS di Milano e l'ASST Nord Milano per la definizione di un modello di riferimento per la rete dei PreSST (SDA Bocconi, 2020). Gli autori desiderano ringraziare Micaela Abbinante, Antonio Brambilla, Immacolata Cacciapuoti, Pierpaola D'Alessandro, Andrea Donatini, Fabia Franchi, Angela Gabriele, Giovanni Gorgoni e Gianpaolo Stopazzolo per le informazioni fornite sull'analisi dei casi regionali e aziendali che hanno consentito, con il loro prezioso contributo, la realizzazione di questa ricerca.

<sup>2</sup> Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 13.1, 13.4 possono essere attribuiti a Valeria Rappini, i §§ 13.2, 13.3.3 a Luigi Maria Preti, il § 13.3.1 a Erika Mallarini, i §§ 13.2, 13.3.2 a Laura Giudice.

la Comunità (CDC), ma le nuove (o rinnovate) strutture del territorio possono anche assumere diverse denominazioni: Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS). In Regione Lombardia le nuove strutture di riferimento sono le CDC che andranno a rimodulare l'esperienza oggi rappresentata dai Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST).

Il primo contributo per OASI sulle strutture territoriali (Del Vecchio, Prentestini, Rappini, 2016) già evidenziava la peculiare natura fluida e in evoluzione del modello «con realizzazioni ancora deboli nella loro affermazione». La stessa definizione e il significato di CDS sono cambiati nel tempo e continuano a evolvere. Se nelle fasi iniziali di introduzione delle nuove strutture ha concorso ampiamente la necessità di trovare una soluzione ai problemi posti dalla riconversione dei piccoli ospedali, negli anni più recenti l'evoluzione delle nuove configurazioni è sempre più accompagnata da altre spinte e motivazioni: esigenze politiche di rinsaldare i legami con la comunità, tensioni ideali ancorate all'affermazione di nuovi modelli di cura e anche tendenze di carattere più manageriale focalizzate alla semplificazione dell'accesso e al miglioramento dell'esperienza di consumo. Nei sistemi regionali dove il modello è maggiormente diffuso e consolidato (Emilia-Romagna e Toscana) le nuove linee guida<sup>3</sup> segnano il passaggio da una fase che entrambi i disegni regionali definiscono «strutturalista» a una di maggior attenzione ai processi di integrazione nella rete di offerta (Brambilla e Maciocco; 2016). Estesi processi di *consensus conference* con i principali stakeholder sono inoltre stati avviati per condividere alcuni degli elementi che dovrebbero caratterizzare il modello a tendere per diversificarlo in maniera significativa da «semplici» poliambulatori o presidi distrettuali. Le riflessioni del gruppo interregionale «Case della Salute/Case della Comunità»<sup>4</sup> hanno poi probabilmente contribuito alla nuova denominazione introdotta nel PNRR che invita a spostare l'attenzione «al di fuori delle mura fisiche» (Campedelli, 2016; Prandi e Riboldi, 2016).-

La presenza di elementi di innovazione nelle soluzioni – tanto auspicata – è comunque ancora frenata da vincoli e paradigmi che vengono dal passato. La fisicità è la dimensione fondamentale rispetto alla quale si articolano le principali scelte progettuali (di localizzazione di funzioni, servizi e persone) e continua a rappresentare l'elemento fondante e caratterizzante delle nuove (o rinnovate) strutture territoriali e del ruolo che esse possono assolvere.

<sup>3</sup> Per la regione Emilia Romagna si tratta della D.G.R. n. 2128 del 5 dicembre 2016 «Case della Salute: Indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa»; per la regione Toscana è la Delibera n. 770 del 22 giugno 2020 «Atto di indirizzo sulle Case della Salute».

<sup>4</sup> Si tratta di un gruppo spontaneo di operatori di differenti professionalità, con differenti affiliazioni e curricula che nel 2015 ha avviato una riflessione sull'argomento promossa dalla Fondazione Santa Clelia Barbieri di Porretta Terme (BO) e dalla Fondazione Casa della Carità di Milano.

In prospettiva, tuttavia, come per molti ambiti della vita quotidiana, anche per i servizi ordinariamente erogati nelle strutture territoriali l'intervento di COVID-19 ha reso più evidente l'importanza della trasformazione digitale e delle nuove forme di erogazione dei servizi «a distanza» (per portare l'assistenza direttamente a casa delle persone, garantire continuità delle cure e ridurre al minimo gli spostamenti degli utenti e dei professionisti). Molti sono i segnali che l'emergenza stia accelerando l'ibridazione dei modelli di servizio e di erogazione delle Aziende. Si tratta di un fenomeno che attraversa il settore sanitario e, da più tempo, le esperienze *retail* di diversi settori caratterizzate da processi di «virtualizzazione» (es. Esselunga) o all'opposto di «fiscizzazione» (es. negozi Amazon).

Nel corso dell'ultimo anno molti dei processi di trasformazione digitale, innovazione e re-design della rete di offerta territoriale hanno avuto come protagoniste le stesse CDS (o strutture simili con diversa denominazione). Esiste dunque l'opportunità di far progredire un dibattito (ancora prevalentemente incentrato su formule e concezioni del passato) ricostruendo adeguati quadri fattuali e concettuali. L'obiettivo è produrre una riflessione circa le principali sfide da affrontare oggi e in futuro per delineare i profili evolutivi del modello a tendere:

- ▶ il possibile ruolo delle strategie di *retailization* nell'affermazione dell'identità della CDS/CDC (ancora carente e debolmente coordinata nella risposta agli utenti e comunità servite);
- ▶ la possibile evoluzione *phygital* delle configurazioni (tramite l'integrazione delle opportunità tecnologiche e digitali con la dimensione fisica, elemento fondante e caratterizzante dei disegni e delle realizzazioni);
- ▶ le possibili logiche di specializzazione nello sviluppo delle reti territoriali (configurazioni e vocazioni possibili delle diverse strutture finora pensate come piattaforme «isolate»).

A tale scopo è stata realizzata una ricerca multi-metodo che include i seguenti passaggi.

1. Un'analisi desk per aggiornare e anche sistematizzare il quadro delle conoscenze sulle esperienze di strutture assimilabili al modello atteso di CDS/CDC che stanno affermandosi nel nostro e in altri sistemi sanitari. In aggiunta ai principali modelli presenti nel nostro SSN sono state considerate alcune esperienze promettenti a livello internazionale. Una prima revisione della letteratura realizzata dal gruppo di ricerca per il progetto di rete dei PreSST della città di Milano, ha permesso di identificare alcune esperienze: le *retail clinic* negli USA, i *walk in center* in UK e l'esperienza finlandese di Health Village (una rete completamente digitale di strutture che fungono da ponte tra l'ospedale e il domicilio del paziente).

2. Un'analisi di casi-studio regionali approfonditi su specifici aspetti di evoluzione del modello atteso di CDS/CDC (e di altri ad esso assimilabili) seguendo un metodo di raccolta dati semi-strutturato, con interviste ai principali attori chiave e raccolta di materiale documentale. Considerata la natura fluida e in evoluzione delle configurazioni sul nostro territorio, sono stati identificati casi regionali (e aziendali) con caratteristiche diverse per modello prescelto e stato di avanzamento. Nell'ambito dei sistemi regionali oggetto di approfondimento (Emilia-Romagna, Puglia, Lazio e Veneto) si sono quindi analizzati alcuni casi aziendali caratterizzati dalla presenza di alcune prime forme di differenziazione nelle realizzazioni (AUSL di Modena, ULSS 8 Berica e ASL di Frosinone).

Prima di approfondire quelle che sono le principali sfide e potenziali traiettorie di sviluppo che sottendono al modello della CDS oggi e per i prossimi anni, auspicabilmente a emergenza Covid-19 superata, appare opportuno nel presente rapporto ricostruire il punto di partenza, e cioè l'attuale stato delle conoscenze sulle esperienze fin qui maturate. Il successivo Par. 13.2 fornisce una sintesi aggiornata sull'evoluzione dei disegni regionali e delle realizzazioni sul nostro territorio a partire dai più recenti lavori di mappatura. Nel paragrafo 13.3 vengono presentate le evidenze emerse dalla ricerca rispetto alle principali sfide e potenziali traiettorie di sviluppo delle configurazioni assimilabili al modello atteso di CDS/CDC. Nel paragrafo 13.4 si traggono alcune considerazioni conclusive.

### **13.2 Lo sviluppo del modello CDS/CDC (e strutture assimilabili): una ricognizione aggiornata a livello nazionale**

A seguito della prima mappatura presentata sul Rapporto OASI del 2017, che fornisce una panoramica completa non solo delle CDS, ma anche di strutture territoriali afferenti ad altri modelli affini, ultimamente sono stati prodotti altri lavori che si propongono di mappare lo sviluppo e la diffusione di queste tipologie di presidi sul territorio italiano (CREA Sanità, 2020; Camera dei Deputati, 2021). Questa prima sezione del capitolo si propone dunque di fornire una ricognizione aggiornata al momento in cui questo lavoro viene redatto; in particolare, l'obiettivo è produrre un aggiornamento del numero di presidi attivati e della normativa vigente, rispetto al 2017. Sono pertanto oggetto di questa rilevazione sia strutture afferenti al modello della CDS, sia altri presidi e soluzioni di natura territoriale che, pur avendo denominazioni differenti, presentano caratteristiche tali da renderli assimilabili, come, per esempio, i PreSST lombardi e i PTA di Puglia, Abruzzo e Sicilia. Sono state considerate nella mappatura anche le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) venete, in quanto ri-

conosciute dalla stessa regione come assimilabili al modello atteso della CDS/CDC nella recente rilevazione condotta per la Camera dei Deputati.

Da un punto di vista metodologico, questa ricognizione è stata svolta tramite *desk analysis* e, in particolare, attingendo dai sopracitati report (CREA Sanità, 2020; Camera dei Deputati, 2021), reperendo informazioni e documenti pubblicati su siti web ufficiali di Regioni, Province Autonome, aziende ed enti del SSN e consultando la normativa regionale vigente.

Sul territorio nazionale ad oggi risultano attive almeno 554 strutture territoriali assimilabili alla CDS (357 CDS, alle quali si aggiungono 94 PTA distribuiti tra Abruzzo, Puglia e Sicilia, 25 PreSST lombardi e 77 MGI presenti in Veneto); nel 2017 era stata rilevata la presenza di circa 341 strutture attive o in corso di attivazione (di cui 236 CDS e 84 PTA.) Come sottolinea anche la mappatura della Camera dei Deputati, tali volumi testimoniano il «profuso impegno nelle singole Regioni/PA finalizzato al rafforzamento dell'assistenza territoriale, attraverso specifici atti di programmazione» (2021). Appare tuttavia evidente come lo sviluppo e la diffusione di questi presidi non siano uniformi sul territorio italiano e siano inoltre ancora molto dipendenti da elementi quali la tradizionale predisposizione del luogo a sviluppare la rete di assistenza territoriale, la disponibilità di strutture fisiche pre-esistenti, magari situate in aree rurali e periferiche a cui dare una nuova destinazione, nonché, talvolta, la carenza di un disegno di rete unitaria nella quale inserire questi poli, spesso dunque isolati (sia rispetto agli ospedali sia rispetto ad altri presidi territoriali).

Nella Tabella 13.1 sono riportati volumi, modelli e riferimenti normativi per ciascuna Regione e per le Province Autonome di Trento e Bolzano. In particolare, si può apprezzare come sia cresciuta ulteriormente la presenza di CDS nelle due regioni in cui questo modello ha in assoluto una maggiore tradizione: in Emilia-Romagna, nel corso degli ultimi 4 anni, sono state attivate altre 40 CDS (ora chiamate «Case della Comunità») per un totale di 126, mentre in Toscana (che inaugurò la prima nel 2006) il numero totale è cresciuto di 20 unità, pertanto ad oggi sono presenti 76 CDS. In entrambe queste regioni sono definiti alcuni parametri di programmazione territoriale che consentono di prevedere il numero atteso di strutture a regime. Per l'Emilia-Romagna la programmazione regionale confida di portare il numero di CDS almeno a quota 160 (se non 180) nel corso dei prossimi anni. In Toscana si progetta di arrivare almeno a quota 115 in quanto la DGR 1231 del 2013 stabilisce che, a tendere, debba essere presente almeno una CDS per ciascuna AFT (che sono appunto 115). La distribuzione delle strutture è molto variegata tra i vari distretti e si concentra prevalentemente in aree rurali e in aree urbane di dimensioni medio-piccole. Come ricordato nell'introduzione, in queste regioni sono state recentemente aggiornate le linee guida che hanno considerato le buone prassi maturate nei rispettivi territori e coinvolto in ampi processi di interlocuzione tutti i principali *stakeholder* (Aziende Sanitarie, EE.LL., associazioni dei pazienti e di

Tabella 13.1 **Le CDS e strutture simili (PresST, PTA, MGI) dichiarate attive in Italia, anni 2020-2021**

Regione o P.A.	Numero presidi	Modello di riferimento (CDS o altro)	Riferimenti normativi
Abruzzo	5 PTA	Presidio territoriale di assistenza (PTA); con funzioni di Punti di Primo Intervento (PPI) in cui trovano collocazione ambulatori specialistici e dedicati alla riabilitazione, laboratori analisi, postazioni dei 118 e lo sportello del CUP.	Decreto del Commissario ad acta n. 45 del 5 agosto 2010 e n. 9 del 22 marzo 2011 «Approvazione dei provvedimenti tecnici attuativi del Programma Operativo 2010-2013», finalizzato alla nascita delle Case della Salute – UCOP» Decreto del Commissario ad acta n. 57 del 11 giugno 2016 «Progetto sperimentale "Studi aperti", finalizzato alla nascita delle Case della Salute – UCOP»
Basilicata	1 CDS	Casa della salute: struttura finalizzata a garantire la presa in carico integrata dei pazienti da parte di MMG e specialisti, anche tramite la messa a disposizione di locali in condivisione per l'esercizio delle loro attività	Legge Regionale n. 2 del 12 gennaio 2017 «Riordino del Sistema Sanitario di Basilicata» Delibera Aziendale ASL Matera n.485 del 2017, Allegato 2
Calabria	8 CDS	Casa della Salute: prevede l'aggregazione dei servizi che presentano elementi di contiguità e complementarietà operativa in cinque Aree Funzionali Omogenee: (i) servizi generali e amministrativi; (ii) accoglienza, accesso e segretariato sociale; (iii) servizi Sanitari; (iv) servizi Socio Sanitari; (v) servizi e attività sociali.	D.G.R. n. 740 del 04 novembre 2009 – Progetto Integrato di Sviluppo Regionale di Valenza Strategica «Rete regionale delle Case della Salute». Rettifica delibera n. 548 del 7 agosto 2009 ad oggetto «Approvazione progetto "Case della Salute"» D.P.G.R. n. 185 del 04 dicembre 2012 «Approvazione documento "Linee guida Regione Calabria – Modello Organizzativo e percorso di attuazione delle Case della Salute"» Progetto Operativo di Assistenza Tecnica – POAT Salute 2007-2013 «Piano di comunicazione – La sperimentazione del Modello Case della Salute in Regione Calabria»
Campania	0 CDS	Al momento in sperimentazione il modello dei Ambulatori della Salute – Chronic Care Center (una struttura multi-professionale che si occupa della presa in carico olistica dei pazienti affetti da patologie croniche e che si serve dell'integrazione con una piattaforma digitale, funzionale alla definizione dei piani assistenziali).	Decreto Dirigenziale n.1766 del 23 dicembre 2013 «Linee Guida relative all'Informatizzazione delle Case della Salute» DPGR n.149 del 2 dicembre 2013. Parziale rettifica DPGR n. 51 del 17 aprile 2013; DCA n. 28 del 7 maggio 2015 – "Rete regionale delle Case della Salute". Provvedimenti. DCA n. 83 del 31 ottobre 2019 «Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021» Deliberazione del Direttore Generale Dott. F. Russo n. 1018 del 04 agosto 2020 «Progetto Ambulatori della Salute – Chronic Care Center»

Tabella 13.1 (segue)

Regione o P.A.	Numero presidi	Modello di riferimento (CDS o altro)	Riferimenti normativi
Emilia Romagna	126 CDS	CDS a «bassa» e «medio/alta» complessità assistenziale in funzione del livello di integrazione delle diverse aree di intervento: (i) prevenzione e promozione della salute; (ii) popolazione con bisogni occasionali-episodici; (iii) benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni; (iv) prevenzione e presa in carico della cronicità; (v) non autosufficienza; (vi) rete delle cure palliative.	DGR n. 291 dell'8 febbraio 2010 «Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale» DGR n. 2128 del 5 dicembre 2016 «Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e delle medicine d'iniziativa» Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali (2013). «Le "Case della Salute" in Emilia-Romagna. Report Conclusivo 2013»
Friuli-Venezia Giulia	0 CDS	—	—
Lazio	22 CDS	Casa della Salute con modello organizzativo di tipo modulare, con funzioni di base e moduli funzionali aggiuntivi. Le funzioni di base comprendono: l'assistenza primaria, le attività di specialistica ambulatoriale (in particolare, cardiologia, pneumologia, diabetologia/endocrinologia, oculistica ed eventualmente altre, anche in collegamento funzionale con altri presidi aziendali), l'ambulatorio infermieristico, il presidio di diagnostica per immagini, il punto prelievi, l'area dell'accessibilità, il CUP, il Punto Unico di Accesso (PUA), l'area del volontariato.	DCA n. 40 del 14 febbraio 2014 «Approvazione dei documenti relativi al percorso attuativo, allo schema di intesa e ai requisiti minimi della "Casa della Salute"» DCA n. 380 del 12 novembre 2014 «Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione. Approvazione dello schema d'intesa» DCA, n. U00228 del 22 giugno 2017 «Casa della Salute: aspetti organizzativi e funzioni, requisiti minimi autorizzativi e schemi di intesa per l'attivazione.»
Liguria	4 CDS	Casa della Salute di «grandi dimensioni» dovrebbe prevedere la presenza di tutte le funzioni di sportello distrettuale, assistenza di base e specialistica, day hospital/day service ambulatoriale per le patologie croniche, forme associative della medicina generale, guardia medica e, eventualmente, il Punto di Primo Intervento (PPI), automedicazione del 118 e l'Ospedale di comunità (OSCO).	D.G.R. n. 1717 del 27 dicembre 2013 «Riordino delle attività distrettuali e delle cure primarie. Direttive vincolanti per le Aziende Sanitarie Locali ai sensi dell'art. 8 della Legge Regionale 41/2006» «Piano Sociosanitario Regionale per il triennio 2017/2019»
Lombardia	25 PreSST (che saranno presto sostituiti dalle nuove CDC)	Presidio Socio Sanitario Territoriale (PreSST) dovrebbe prevedere la presenza delle seguenti aree di intervento di base: (i) area dell'accessibilità (servizi amministrativi di supporto, informazioni e orientamento ai servizi.); (ii) area della presa in carico delle persone disabili e non autosufficienti; (iii) area della medicina territoriale: attività erogate da MMG/PLS singoli o associati; (iv) area della specialistica ambulatoriale e degli ausili e protesici; (v) ambulatorio infermieristico; (vi) eventualmente l'area sociale. In conformità con le recenti deliberazioni di regione Lombardia, il PreSST sarà presto sostituito dal modello di CDC.	L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» Deliberazione n° X / 6551 del 4 maggio 2017 Deliberazione n° XI / del 31 luglio 2019 Deliberazione n° XI/ 4811 del 31 maggio 2021 Deliberazione n° XI / 5195 del 06 settembre 2021 Deliberazione n° XI/ 5373 dell'11 ottobre 2021

Tabella 13.1 (segue)

Regione o P.A.	Numero presidi	Modello di riferimento (CDS o altro)	Riferimenti normativi
Marche	21 CDS	Case della Salute di due tipologie: di tipo A e B; rappresentano il luogo in cui si sviluppano le cure primarie e le cure intermedie, tramite l'integrazione di servizi sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semi-residenziali. Le finalità della CDS di tipo B sono le seguenti: (i) garantire accesso alle cure primarie e ai servizi distrettuali; (ii) garantire accesso ai servizi sanitari, socio sanitari e sociali; (iii) erogare screening e servizi di prevenzione; (iv) servizi diagnostico terapeutici.	DGR n. 452 del 14 aprile 2014 «Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute» DGR n. 139 del 22 febbraio 2016 «Adeguamento delle Case della Salute di tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013» Regolamento Regionale 1 febbraio 2018, n. 1 «Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici...». Allegato B; Allegato C.
Molise	6 CDS (e altre 7 CDS previste)	Casa della Salute con modello organizzativo modulare: il modello base prevede solo alcune funzioni e il modello complesso prevede anche la presenza di ulteriori moduli funzionali aggiuntivi.	Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 28 febbraio 2017, «Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimenti 11.3.3. "Potenziamento delle Cure Primarie ed attivazione Case della Salute": Funzionamento Case della Salute. Atto di indirizzo» Decreto del Commissario ad acta n. 21 del 2 marzo 2018, «Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale-Territorio" – "Documento riorganizzazione delle Reti Territoriali"» Decreto del Commissario ad acta n. 65 del 26 ottobre 2020, «Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid" ex art. 1, D.L. n.34/2020 (convertito in Legge 17 luglio 2020, n.77)»
P.A. Bolzano	0 CDS	-	-
Piemonte	71 CDS	Il modello organizzativo sperimentale della CDS prevede l'articolazione in tre tipologie: (i) strutturale, con l'identificazione di una sede (o più sedi collegate); (ii) funzionale, che prevede un raccordo organizzativo tra poliambulatori e medicine di gruppo e, quindi, il mantenimento di singoli ambulatori di MMG/PLS; (iii) misto, con la concentrazione di alcuni servizi e raccordi funzionali.	D.G.R. n. 3-4287 del 29/11/2016 «Linee d'indirizzo per l'avvio e sviluppo del modello sperimentale di Assistenza Primaria: le Case della Salute» D.D. n. 438 del 30 giugno 2017 «Avvio sperimentazione regionale Case della Salute» D.D. n. 881 del 17 dicembre 2018 «Proseguimento della sperimentazione regionale Case della salute»

Tabella 13.1 (segue)

Regione o P.A.	Numero presidi	Modello di riferimento (CDS o altro)	Riferimenti normativi
Puglia	33 PTA	Presidio Territoriale Assistenziale (PTA): struttura polifunzionale (derivante dalla riqualificazione di ex presidi ospedalieri) destinata ad erogare tutti i servizi di prossimità nel bacino di riferimento «in coordinamento istituzionale con i servizi sociali comunali e valorizzazione del ruolo centrale del medico di assistenza primaria». È prevista l'erogazione di: (i) cure primarie; (ii) assistenza sanitaria di base e specialistica; (iii) continuità assistenziale H24; (iv) emergenza territoriale; (v) attività di prevenzione; (vi) servizi di riabilitazione e dialisi; (vii) diagnostica per immagini e di laboratorio Farmacia; (viii) servizi amministrativi.	Regolamento Regionale n. 14 del 4 giugno 2015 «Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato- Regioni 10 luglio 2014 – Patto per la Salute 2014-2016» D.G.R. n. 333 del 10 marzo 2020 «La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia»
Sardegna	15 CDS	Casa della Salute: struttura dove trova collocazione l'offerta di prestazioni extra-ospedaliere, integrata con i servizi sociali, che sia così in grado di dare risposta ai complessi bisogni di assistenza dei cittadini. Tra le finalità della CDS figurano: (i) l'appropriatezza delle prestazioni; (ii) la riconoscibilità e accessibilità dei servizi; (iii) l'integrazione dei servizi sanitari e sociali; (iv) un accesso semplice ai servizi integrati.	D.G.R. n. 32/10 del 04 giugno 2008 «Programma regionale Casa della Salute» D.G.R. n. 60/2 del 21 febbraio 2015 «Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie» D.G.R. n. 17/14 del 04 aprile 2017 «POR FESR 2014-2020. Programmazione integrata interventi in ambito sanitario» Legge regionale n. 24 dell'11 settembre 2020 «Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia»
Sicilia	55 PTA (dichiarati dalla regione come CDS)	Presidio territoriale di assistenza (PTA): integra in un'unica piattaforma i servizi di assistenza medica e pediatrica di base, specialistica extra ospedaliera, domiciliare preventiva, consultoriale, farmaceutica e integrativa e di assistenza sanitaria in regime residenziale o semi-residenziale.	Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del Servizio sanitario regionale (marzo 2010) D.G.R. n. 120 del 14 maggio 2015 «Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Regionale – Anni 2013 e 2014» Decreto 23 febbraio 2015 «Documento programmatico per il dibattito interno alle Aziende sanitarie su Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e Unità complesse di cura primarie (UCCP), di cui all'art. 1 della legge n. 189/2012 e del Nuovo patto per la salute (Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014)»

Tabella 13.1 (segue)

Regione o P.A.	Numero presidi	Modello di riferimento (CDS o altro)	Riferimenti normativi
Toscana	76 CDS	Casa della Salute: una struttura polivalente che mira a rappresentare il punto di riferimento per la presa in carico dei bisogni sanitari e socio-sanitari, nonché "un luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento". La caratteristica distintiva della CDS è la presenza del "team multi-professionale" (che si basa sull'integrazione professionale e multidisciplinare di MMG, PLS, specialisti del SSR, infermieri delle cure territoriali, assistenti sociali, personale amministrativo). Tali professionisti sono chiamati a garantire tre principali funzioni: (i) prevenzione e promozione della salute della comunità; (ii) percorsi di presa in carico della cronicità; (iii) percorsi di integrazione sociosanitaria.	D.G.R. n. 117 del 16 febbraio 2015 «Approvazione delle linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute» L.R. n. 29 del 4 giugno 2019 «Le Case della Salute. Modifiche alla L.R. 40/2005» Delibera n.770 del 22 giugno 2020 – Allegato A «Atto di indirizzo sulle Case della Salute»
P.A. Trento	1 CDS attiva e 1 in via di attivazione	-	-
Umbria	4 CDS attive e 1 in via di attivazione	Casa della Salute: rappresenta una possibile evoluzione e un'opportunità di potenziamento dei «Centri di Salute» (indirizzati allo svolgimento delle attività considerate ad elevato grado di decentrabilità).	D.G.R. n. 298 del 28 aprile 2009 «Piano Sanitario Regionale 2009-2011»
Valle d'Aosta	0 CDS	-	-
Veneto	77 MGI	Non sono previste specifiche tipologie di strutture «fisiche», ma un modello avanzato di Medicina di Gruppo Integrata (MG) esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione di modelli organizzativi per le cure primarie.	D.G.R. n. 2556 del 29 dicembre 2011 «Casa della Salute. Sviluppo di modelli organizzativi per le cure primarie, in particolare l'UTAP, dando impulso ai distretti e dotando il territorio di sistemi informatici e telematici che consentano efficienti modalità di comunicazione tra MMG e gli ospedali e tra MMG e gli altri attori presenti sul territorio» D.G.R. n. 530 del 15 aprile 2014 «Sviluppo di un progetto finalizzato alla definizione del PDTA, nonché alla loro implementazione e sperimentazione del loro monitoraggio nell'ambito delle forme associative più evolute della Medicina Generale» L. R. n. 48 del 28 dicembre 2018 D.G.R. n. 614 del 14 maggio 2019

volontariato, MMG e PLS, professionisti, ecc.). Le nuove linee guida segnano il passaggio da una fase che entrambi i disegni regionali definiscono «strutturalista» a una di maggior attenzione ai processi di integrazione e alle modalità organizzative e di funzionamento delle CDS. Estesi processi di *consensus conference* sono inoltre serviti a condividere gli elementi che devono caratterizzare il modello a tendere della CDS, diversificandolo in maniera significativa da «semplici» poliambulatori o presidi distrettuali (Brambilla, 2021).

Altre regioni in cui il modello delle CDS è abbastanza sviluppato sono il Piemonte e il Lazio in cui la presenza di CDS è giunta rispettivamente a quota 71 (nel 2017 in Piemonte erano attivi 66 progetti, dei quali operativi 34) e 22 (nel 2017 in Lazio erano presenti 13 CDS). In Piemonte, proprio nel corso del 2017, la DGR 3-4287/2016 ha dato il via a una nuova fase di sviluppo e innovazione in cui i modelli esistenti e quelli sperimentali in via di sviluppo (come le medicine di gruppo, i Centri di Assistenza Primaria e gli Ospedali di comunità, OSCO) sono di fatto ricondotti all'etichetta di CDS. Gli ultimi aggiornamenti normativi (del 2018) confermano il proseguimento della sperimentazione del modello della CDS sul territorio piemontese (in ottica di sviluppo e diffusione). Nel Lazio, invece, le primissime indicazioni in merito alle CDS sono datate 2013 e con queste è proposta alle aziende una nuova configurazione che vada a fare sintesi di tutti gli altri modelli di presidio territoriale precedentemente attivati (come, ad esempio, i Centri Clinici Assistenziali Distrettuali, i Presidi Territoriali di Prossimità, ecc.). Nell'attivare le nuove CDS, quantomeno in una prima fase, è stata data priorità alla riconversione di piccoli presidi ospedalieri; ad oggi, un terzo delle CDS del Lazio sono situate presso l'area della città metropolitana di Roma, mentre le restanti si trovano in aree urbane di dimensioni medio-piccole e in aree rurali.

Come si può apprezzare sempre dalla Tabella 13.1, si sono poi verificati ulteriori sviluppi nella diffusione di questo modello di presidio territoriale in altre regioni, come la Liguria dove sono sorte 4 CDS e il Molise che, con il suo modello modulare ad oggi può contare su 6 CDS operative e altre 7 previste. Inoltre, anche in Sardegna viene portato avanti il lavoro di sviluppo delle CDS che 4 anni fa era ancora in fase di avvio (con 2 sole strutture): ad oggi ne sono presenti 21; anche in Umbria, da 2 CDS presenti nel 2017 si è raddoppiato il numero di presidi attivi e un altro è in via di attivazione (qui le CDS dovrebbero rappresentare una possibile evoluzione dei c.d. Centri di Salute). In Calabria sono sorte altre 5 CDS, in aggiunta alle 3 strutture attive già nel 2017 con cui si stava sperimentando il c.d. «meta-modello progettuale»; nelle Marche invece sono attualmente dichiarate attive 21 CDS (nel 2017 erano presenti 13 strutture, in parte poi riquaificate come ospedali di comunità laddove presenti dei posti letto territoriali).

Ci sono poi alcune realtà regionali in cui hanno attecchito altri modelli di struttura territoriale che presentano nomi differenti, ma finalità e caratteristiche distintive simili e coerenti con quelle del modello di CDS: è il caso

dell'Abruzzo con i suoi 5 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) (dalle rilevazioni non sono emerse nuove attivazioni dal 2017 ad oggi); questo modello è particolarmente affermato in Puglia che, negli ultimi anni, ha ulteriormente espanso il numero di presidi della propria rete di assistenza territoriale: nel 2017 erano attivi 27 PTA, mentre oggi la Regione dispone di 33 PTA che nel corso dei prossimi anni arriveranno probabilmente a quota 40, collegati in qualità di *spoke* con i grandi ospedali. Questi presidi, come da programmazione regionale, sono il frutto di riconversione di ex presidi ospedalieri (secondo un'impostazione del 2010, ancora oggi confermata) e, salvo rare eccezioni, sono situati presso Comuni con dimensioni significative (tra i 10.000 e i 60.000 abitanti), già sede di presidi ospedalieri. Un'altra regione che ha adottato questo modello è la Sicilia in cui sono presenti 55 PTA. Il numero di presidi in Sicilia era già consistente nel 2017 (erano 52) e si trattava principalmente di strutture derivanti dalla riqualificazione di ex piccoli ospedali o di altre sedi territoriali pre-esistenti. La Regione Siciliana ha peraltro comunicato il numero aggiornato dei suoi PTA per la mappatura della Camera dei Deputati specificando di considerare i PTA come assimilabili al modello di CDS/CDC.

Un altro modello, sostanzialmente assimilabile a quello della CDS, che ritroviamo in questa mappatura è quello lombardo del PreSST, di cui al momento sono state rilevate 25 strutture. La recente proposta di riforma della sanità lombarda prevede la realizzazione di oltre 200 CDC (all'incirca una ogni 50.000 abitanti), con cui si intende sostituire e integrare l'esperienza dei PreSST. Con la DGR n. XI/ 5373 dell'ottobre 2021 è inoltre definita l'assegnazione delle prime 115 CDC alle varie ATS e ASST, che sorgeranno in edifici esistenti di proprietà del SSR.

Peculiare è la situazione in Veneto, dove convivono diverse progettualità collegate alla medicina di gruppo o ad altre tipologie di strutture frutto di processi di riconversione di ospedali (Centri Sanitari Polifunzionali). Con la DGR n. 751/2015 è stato recepito il modello di assistenza territoriale che prevede l'istituzione di Medicine di Gruppo Integrate (MGI), quali team multi-professionali che: (i) operano in una sede di riferimento (assicurando presenza medica, infermieristica e amministrativa nelle 12 ore, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì); (ii) assicurano la presa in carico effettiva della cronicità sulla base dei PDTA definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali; (iii) assumono la responsabilità verso la salute della comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali. Le MGI dovrebbero assicurare la «risposta telefonica» e l'apertura di almeno uno studio nella giornata di sabato e nei prefestivi dalle ore 8 alle 10. Le MGI prevedono inoltre l'integrazione con la specialistica ambulatoriale e, in alcuni casi, anche con l'assistenza socio-sanitaria.

Infine, in altre realtà, come la Campania, il Friuli-Venezia Giulia, la Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano non sono presenti CDS, né sono

state rilevate strutture territoriali riconducibili a modelli affini. Ad ogni modo, nel momento in cui questo rapporto viene redatto, è in corso di discussione in seno al Consiglio Regionale del Friuli-Venezia Giulia la riforma del modello organizzativo di assistenza territoriale derivante da quanto previsto dal PNRR e che prevede la costituzione di 21 CDC Hub e 31 Spoke.

La principale differenza nei disegni regionali (al di là delle denominazioni) riguarda la presenza (o meno) di posti letto di degenza territoriale (che è espressamente esclusa nel caso del PreSST di regione Lombardia e in alcuni modelli di CDS come quello delle Marche). L'elemento comune e fondante di tutte le esperienze è rappresentato dalla co-ubicazione di quattro funzioni (che possono essere considerate qualificanti e distintive dei modelli a tendere proposti dalle regioni):

- ▶ accesso e orientamento alla rete di servizi sanitari, socio-sanitari (e sociali);
- ▶ integrazione delle forme di medicina di base (ambulatorio infermieristico, MMG/PLS);
- ▶ presa in carico per particolari target di popolazione (tipicamente pazienti affetti da patologie croniche, fragili e anziani non autosufficienti);
- ▶ (quasi sempre) erogazione di servizi sanitari, socio sanitari e anche sociali afferenti a diverse aree funzionali e dipartimenti territoriali.

La scelta di come configurare le nuove (o rinnovate) strutture non è comunque completamente risolta dalle prescrizioni normative. In tutti i disegni c'è ampio spazio per consentire alle strutture di essere flessibili nel modo in cui sviluppano i servizi. La varietà e variabilità delle declinazioni del modello e dunque delle configurazioni finali è il risultato dell'adattamento alle specifiche caratteristiche del contesto e ai vincoli e opportunità che in esso agiscono, piuttosto che di disegni deliberati. Le origini della struttura insieme al contesto di collocazione (area urbana o non urbana) sembrano infatti rappresentare ancora le principali variabili indipendenti rispetto alle quali è possibile identificare alcune ricorrenze significative. Salvo rari casi, gli edifici che ospitano CDS, PTA o affini hanno di norma una loro storia e una loro funzione pregressa, sia in termini di servizi offerti che di ruolo nella rete.

### **13.3 I risultati della ricerca: le sfide che sottendono al modello Casa della Salute**

Le CDS (e altre strutture assimilabili con diversa denominazione) sono state finora concepite e realizzate come contenitori fisici e luoghi di erogazione «isolati» rispetto ai sistemi di offerta delle aziende. Le opportunità offerte dalle tecnologie e le sfide poste da contesti di riferimento sempre più differenziati e

interconnessi nella risposta agli utenti e comunità servite (soprattutto in aree urbane e a più alta densità d'offerta) portano a considerare profili evolutivi diversi per il modello atteso di CDS/CDC, non solo incentrati sulla dimensione fisica, collegati in rete e maggiormente ispirati a logiche e modelli propri del *retail*<sup>5</sup>.

Il dibattito sulle possibili evoluzioni (non solo fisiche) del modello è comunque appena iniziato. I quadri normativi e concettuali sono ancora fortemente legati alle formulazioni delle origini e la concentrazione fisica continua a rappresentare l'elemento fondante e prevalente nei disegni delle regioni e condiziona ancora le realizzazioni. Non mancano tuttavia esperienze (e anche modelli e approcci che stanno affermandosi nel nostro come in altri sistemi sanitari) che potrebbero rappresentare un utile riferimento per far progredire le attuali e future progettualità delle Aziende.

Di seguito si presentano i principali risultati della ricerca relativamente alle tre principali sfide indeterminate per lo sviluppo del modello a tendere della CDS/CDC.

### 13.3.1 La sfida dell'identità della CDS e della sua comunicazione all'utenza

Nell'intento dei *policy-maker* le CDS/CDC dovrebbero qualificarsi come «il luogo fisico di prossimità dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria» (Agenas, 2021). Nelle diverse accezioni e declinazioni del modello, le nuove (o rinnovate) strutture del territorio dovrebbero quindi essere facilmente identificabili e riconoscibili.

Indipendentemente dai gradi di consolidamento delle esperienze sul nostro territorio, tuttavia, i nuovi luoghi alternativi all'ospedale sono spesso percepiti dai cittadini come presidi anonimi che offrono una varietà di servizi in una varietà di forme. Pochi sono i tratti comuni di servizio/immagine/esperienza riconoscibili come una risposta unitaria e coerente del SSN, dei SSR o anche solo dello stesso sistema aziendale. Nelle regioni dove il modello della CDS è da tempo parte integrante della programmazione regionale e si sta consolidando (Emilia-Romagna e Toscana) le nuove linee guida non mancano di segnalare (ancora) l'esigenza di caratterizzare il modello della CDS per diversificarlo in maniera significativa da «semplici» poliambulatori o presidi distrettuali.

<sup>5</sup> Il *retail management*, che può essere applicato anche alle organizzazioni che operano in ambito sanitario e socio-sanitario, si pone l'obiettivo di potenziare la capacità delle aziende di comunicare con i propri clienti, tramite la possibilità di realizzare maggiori occasioni di contatto (sia «fisico» che digitale) e il ricorso a una più ampia varietà di leve (oltre alle classiche leve del marketing), quali la *location*, il *layout*, l'assortimento, il *display*, le persone, i servizi aggiuntivi, i servizi commerciali, le procedure, le promozioni, gli eventi, la comunicazione, *digital & social media*, *merchandising* e *visual merchandising* (Box 13.1).

Sebbene il tema dell'affermazione dell'identità del modello della CDS (o di altre configurazioni affini) sia indubbiamente avvertito in tutte le esperienze indagate, è ancora poco esplorato e declinato in senso prevalentemente strutturale. Alcuni approcci e strumenti manageriali cominciano ad affermarsi seppur con enfasi e connotazioni diverse nelle diverse realtà considerate.

In Emilia-Romagna, la questione dell'identità della CDS e della sua comunicazione è stata affrontata nella fase iniziale di lancio del modello. Le linee guida regionali (allegato alla DGR 291 del 2010) forniscono indicazioni alle aziende su alcuni elementi base di omogeneità e riconoscibilità delle strutture quali, in particolare, il logo da utilizzare per segnalare l'identità dei presidi e sul *layout* degli spazi interni (secondo un approccio che in alcuni passaggi riprende le Health Building Note 11-01 del NHS inglese). Le linee guida contengono anche indicazioni per orientare le direzioni aziendali nella selezione delle strutture da poter riutilizzare come CDS. Le CDS possono infatti essere una struttura da realizzare *ex-novo*, ma anche un presidio preesistente da rimodulare e adattare alle nuove esigenze. Da allora la regione non ha previsto aggiornamenti o introdotto ulteriori specifiche, almeno sugli aspetti legati all'identità visiva e più strettamente strutturale del modello. Il proposito regionale di revisioni sistematiche sulla base delle concrete realizzazioni è stato in parte disatteso. L'affermazione dell'identità delle CDS è comunque considerato «un tema rilevante sul quale in prospettiva occorre tornare a investire».

Negli anni più recenti è stata soprattutto l'iniziativa delle aziende a prendere il sopravvento. Diverse sono le esperienze di progettazione partecipata applicata alla CDS che hanno visto coinvolte le comunità locali come, per esempio, nel caso della AUSL di Modena con il progetto «Praticare la partecipazione nella Casa della Salute» (Coglitore, Costantino e Vivoli, 2016). Tra le strategie di comunicazione intraprese per rendere comprensibile e rafforzare il significato della CDS nella comunità di riferimento rientrano:

- ▶ il metodo della pratica partecipativa, per co-costruire il senso e il significato del nuovo modello al fine di rendere i cittadini consapevoli del cambiamento in un'ottica di *empowerment* di comunità (*open day*, eventi partecipati, azioni di ascolto ed *engagement*);
- ▶ la metodologia del *digital storytelling*, per integrare la moltitudine di stimoli e significati all'interno di una struttura narrativa coerente rafforzando la percezione dell'identità della CDS.

A riproporre la questione a livello regionale sono alcune recenti indagini dell'agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna realizzate nell'ambito del progetto «Sviluppo di un modello di valutazione dell'impatto delle case della salute».

Un primo filone di indagine riprende indirettamente il tema dell'identità

della CDS precisando alcuni standard utili a valutare il progressivo avvicinamento al modello atteso (Nobilio *et al.*, 2019 e 2020). Tra le variabili incluse rientrano: (i) la presenza di un punto di accoglienza (con bisogno informativo soddisfatto, con bisogno sanitario soddisfatto, con bisogno sociale soddisfatto); (ii) la presenza di sportello sociale o assistente sociale (accesso e valutazione del bisogno complesso a livello di CDS); (iii) almeno quattro percorsi clinico-organizzativo attivati (tra diabete, scompenso cardiaco, BPCO, insufficienza renale cronica), almeno uno gestito in collaborazione con l'ambulatorio della cronicità e la presenza di strumentazione diagnostica a supporto dei percorsi; (iv) la presenza della équipe della cronicità, materno-infantile, cure palliative, non autosufficienza; (v) la presenza di sistemi informatizzati per la gestione della cronicità; (vi) la presenza dell'ambulatorio della cronicità, arruolamento e intervento su pazienti inseriti nel progetto RiskER, chiamata attiva di categorie di pazienti; (vii) iniziative di *empowerment*, collaborazioni con associazioni di volontariato, partecipazione a Community Lab. L'analisi evidenzia alcune carenze delle attività qualificanti/distintive del modello (in misura minore o maggiore per la maggior parte delle funzioni caratterizzanti), senza sostanziali differenze tra strutture a bassa e medio-alto complessità. L'analisi ha altresì evidenziato un impatto maggiore quando il medico di medicina generale opera all'interno delle CDS.

Un secondo filone di indagine, avviato nel 2018, ha l'obiettivo di raccogliere il parere degli utenti rispetto ad alcune caratteristiche delle CDS e dei Poliambulatori (Sturlese *et al.*, 2019). Nella considerazione di questa regione, infatti, la valutazione degli utilizzatori rappresenta una delle dimensioni rilevanti per capire l'impatto delle nuove strutture e come esse si stiano posizionando nel sistema di offerta regionale e delle aziende. Tra i principali risultati dell'indagine risaltano una ancora debole percezione dell'identità delle CDS e anche la considerazione che «il concetto di accesso non debba essere declinato solo in senso strutturale, ma soprattutto come un insieme di pratiche organizzative che accompagnano l'utente in un percorso interno fatto di *step* in successione e in collegamento con il fuori». La rappresentazione di CDS che emerge è quella di una struttura dove si possono trovare più servizi («struttura multiservizi») e che tali servizi sono offerti in un ambiente amichevole e accogliente («mi sento a casa»). Emerge inoltre l'immagine della CDS come struttura nella quale – accanto alle tipiche prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche, CUP, ricetta, diagnostica, vaccinazione, ecc.) – sono disponibili nuove funzioni e attività: prevenzione, camminata, incontri, medicina di base, percorsi, punti di ascolto, offerta di salute e sociale. Non mancano i riferimenti ad alcune caratteristiche riconosciute dagli utenti come positive per una organizzazione sanitaria, in particolare professionalità, efficienza, utilità, competenza, sicurezza, velocità, funzionalità, serietà, bravura, semplificazione, praticità, validità, buon servizio, efficacia, presa in carico, qualità, rapidità e tempestività,

collaborazione. Vi è comunque tra gli utilizzatori delle CDS chi la identifica ancora (erroneamente?) con l'ospedale o il poliambulatorio. Tra le dimensioni di soddisfazione per le quali si rileva una differenza statisticamente significativa rispetto ai poliambulatori rientrano l'accessibilità (quali la disponibilità di parcheggio, la segnaletica) e altre caratteristiche relative agli ambienti (quali, in particolare, l'ambiente curato, la confortevolezza per adulti e per bambini e l'ambiente accogliente). Anche la soddisfazione relativa ai suggerimenti per chi aiuta nel quotidiano è maggiore nelle CDS. Un ulteriore punto di interesse sollevato dall'indagine è rappresentato dalla conferma di due tipologie di utenti delle CDS: «globali o cosmopoliti» e «locali o parrocchiali». La differenziazione consiste nel rapporto che questi utenti hanno con i servizi: i primi sono più inclini a utilizzarli in funzione della fruizione di prestazione, i secondi sono più attenti alla continuità di rapporto con la struttura o gli operatori. La prospettiva è quella di approfondire l'analisi sulle differenti tipologie di utenza (i globali e i locali) per comprendere meglio la dinamica che si crea tra servizio e utenti e individuare strategie che tengano conto della segmentazione dell'utenza tra cui utenti giovani, occupati, con alto titolo di studio e alte risorse economiche. In particolare, in riferimento a questa tipologia di utenza, si intendono studiare e approfondire le loro modalità di fruizione dei servizi e pensare un'offerta che si avvicini di più ai loro bisogni.

L'esperienza della Regione Puglia – la quale, ricordiamo, ha adottato una diversa configurazione per le strutture territoriali – è di particolare interesse e attualità per il tema qui trattato, avendo da poco adottato un modello identitario unico per la gestione dell'accoglienza nelle strutture sanitarie pubbliche, a cominciare dai presidi ospedalieri, arrivando ai PTA e a tutta la rete dei centri territoriali di assistenza (poliambulatori, consultori, centri vaccini, ecc). Il progetto denominato «hospitality» – realizzato dall'Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET) in collaborazione con l'Agenzia Strategica Regionale per la Salute e il Sociale (ARESS) – definisce le linee guida e gli strumenti integrati utili alla definizione del sistema identitario comune modulando l'applicazione del sistema di identità visiva/*wayfinding* e ambientale. Per questa regione si tratta di un tassello strategico importante per affermare l'evoluzione delle strutture sanitarie, in particolare per i PTA, che sono in larga parte il risultato della riconversione di presidi ospedalieri. Il progetto ha previsto una fase di implementazione teorica e tecnica delle linee guida, e una di sperimentazione applicativa in alcune strutture-pilota. Analogamente al caso dell'Emilia-Romagna, la prospettiva dell'utente, la sua percezione della qualità («la buona accoglienza») rappresenta nella considerazione di questa regione un fattore fondamentale per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione. Un meccanismo che, come precisato nelle linee guida, passa da una serie di elementi in passato considerati periferici del servizio: «la qualità della relazione umana e l'insieme dei servizi (informativi, di orientamento,

di supporto) offerti dalla struttura, lungo i percorsi, ricevuti sia dai dispositivi tecnologici e anche da una corretta segnaletica e cartellonistica (esterna e interna)».

La visione che accomuna le esperienze fin qui considerate – e per molti e diversi aspetti anche l’approccio adottato in Lazio – è un servizio sanitario che sia in grado di offrire una serie di luoghi «fisici, ma anche esperienze di accesso e permanenza» in cui il cittadino possa riconoscere una risposta di eccellenza a molti dei suoi bisogni di salute. I cittadini sentono la necessità di un riferimento sicuro, anche al di fuori dell’ospedale, di luoghi ai quali possano rivolgersi per informazioni e per le necessità legate all’intervento sanitario e a quello socio-assistenziale. I luoghi di primo contatto del cittadino nel suo approccio con i servizi socio-sanitari ne possono influenzare gli atteggiamenti successivi in senso negativo o positivo. Il cittadino legge e interpreta nelle proprie mappe cognitive il posizionamento delle strutture delle aziende a partire dalla combinazione degli elementi visibili degli ambienti (organizzazione degli spazi, arredi, illuminazione, colori, percorsi, persone, ecc.) e traduce l’«atmosfera» dei luoghi in valutazioni sull’esperienza di consumo, in livelli di soddisfazione e fiducia nell’azienda. In questo senso il design (o re-design) dei presidi del territorio ricopre un ruolo fondamentale. L’uniformità dell’esperienza è da ricercare «attraverso l’utilizzo di tutti i canali secondo una strategia di comunicazione integrata, favorendo una continuità di servizio (dalla multicanalità alla omnicanalità)».

Il ventaglio di leve attivabili per rafforzare il posizionamento dei luoghi simbolo dell’offerta territoriale è comunque potenzialmente molto più ampio di quello attualmente considerato. L’inquadramento concettuale offerto dalle più strutturate esperienze di *retailization* può dunque offrire spunti interessanti e aiutare a cogliere appieno le opportunità percorribili nel processo di attuazione di un disegno tanto ambizioso quale appunto quello di affermare l’identità di luoghi «nati per integrare e facilitare il rapporto tra servizi e cittadini e restituire un’immagine unitaria». L’esperienza più conosciuta è quella delle *retail clinic* degli USA, ma l’utilizzo di leve e strumenti propri del *retail* in sanità è un fenomeno che da alcuni anni si sta diffondendo anche nel nostro Paese, favorito dall’ingresso in Italia di aziende multinazionali che lo stanno importando dagli Stati Uniti e dalla Spagna, Paesi dove ha avuto origine (Del Vecchio, Mallarini, Rappini, 2013). Nella sanità ambulatoriale privata oggi riscontriamo esperienze ormai consolidate sia di player tradizionali (ad esempio le Smart Clinic afferenti al Gruppo San Donato<sup>6</sup>) o di nuovi entranti (Santagostino).

<sup>6</sup> La prima Smart Clinic del Gruppo San Donato apre nel 2014 presso il Centro Commerciale di Stezzano (Bg). Rappresenta un nuovo concept di struttura sanitaria. La novità più evidente sta nella sua localizzazione: un centro commerciale. Non è solo il luogo a essere facilmente fruibile, ma anche i giorni e gli orari di apertura contribuiscono a semplificare l’accesso: le visite possono essere effettuate, anche nel fine settimana, su prenotazione o in accesso diretto. Particolare at-

Il punto di forza delle strategie di *retailization* si sostanzia nella possibilità di massimizzare il numero e la visibilità dei *touch point* fisici e virtuali utilizzando leve proprie del *retail* che risultano più efficaci per comunicare l'identità aziendale rispetto a quelle del marketing dei servizi (Box 13.1). Tutto ciò rafforza l'efficacia del posizionamento delle diverse strutture e impatta sull'attaccamento razionale ed emotivo del consumatore verso l'azienda (*engagement*). Nelle esperienze più avanzate di *retailization* sono quindi rintracciabili indirizzi per vincere la sfida dell'identità e per potenziare l'efficacia della comunicazione all'utenza.

### Box 13.1 Le leve del *retailing mix*

**Location:** è la zona (definita dal proprio bacino di frequentazione) dove si colloca il punto vendita (può essere residenziale, industriale, commerciale, ecc.). La localizzazione influenza le performance aziendali sia tramite attributi funzionali (accessibilità, dimensione, visibilità, ecc.), sia tramite fattori cognitivi, che attengono alle modalità con cui i clienti percepiscono una determinata offerta in una certa localizzazione.

La *location* costituisce una delle leve predominanti, impiegate dalle *retail clinic* (sia all'estero sia in Italia), che spesso scelgono per le proprie sedi dei luoghi ad alta frequentazione e facilmente accessibili come i centri commerciali o in prossimità delle fermate della metropolitana. Tali posizioni conferiscono loro la possibilità di diffondere il proprio brand e le rende preferibili ai competitor perché più semplici da raggiungere.

**Layout:** esso costituisce la gestione dello spazio nel punto di vendita. Contribuisce a facilitare o inibire i movimenti, le interazioni simboliche e sociali e, in ultima analisi, i comportamenti del consumatore. Lo spazio del negozio costituisce il *packaging* del servizio, in grado di attrarre o respingere il cliente, rappresenta un elemento di differenziazione in quanto comunica in via immediata il posizionamento aziendale veicolando «significati».

In sanità la progettazione degli spazi solo di recente ha cominciato a prendere in considerazione anche logiche «*patient-oriented*», in grado di semplificarne l'accesso e migliorarne l'esperienza complessiva, tramite la riprogettazione degli ambienti (ad es. aree di attesa), il potenziamento della segnaletica e così via.

**Assortimento:** è l'insieme dei prodotti e dei servizi venduti nel punto di vendita e ha il ruolo di realizzare un raccordo tra i bisogni del cliente e l'architettura dell'offerta. Il successo di un *retailer* dipende anche dalla sua capacità di selezionare un'offerta che sia rispondente ai bisogni del cliente e coerente con i benefici ricercati. L'assortimento è pertanto fondamentale per creare un posizionamento differenziante.

In sanità l'assortimento è tradizionalmente più connesso alle possibilità di offerta dell'erogatore (e meno alle esigenze espresse sul fronte della domanda). Da alcuni anni tuttavia si osserva l'utilizzo di logiche «assortimentali» che in alcuni casi sono finalizzate a incontrare i bisogni di alcuni target specifici di popolazione (ad es. percorso donna, sport e benessere...) e in altri, invece, mirano a valorizzare la specializzazione (ad es. *Cardio Center*, *Fertility Center*...).

tenzione è riservata all'accessibilità anche delle tariffe, inoltre sono previsti sistemi promozionali come la Smart Card. La *value proposition* è orientata alla salute e al benessere a 360°: spazia dalle visite ambulatoriali per le specialità tradizionali come oculistica, ortopedia, ginecologia, ecc. alle prestazioni volte al miglioramento della qualità di vita e del benessere psico-fisico. Quattro sono le aree di prestazioni per il benessere distintive dell'offerta: Movimento, Bambini e Adolescenti, Bellezza e Wellness.

**Display:** rappresenta l'organizzazione e la sistemazione dell'assortimento all'interno del negozio in modo tale da produrre uno stimolo che porti il consumatore all'acquisto dei prodotti.

**Persone:** le risorse umane costituiscono un elemento determinante nei processi di vendita, in quanto i «venditori» rappresentano la competenza e la capacità relazionale dell'impresa, pertanto le persone che lavorano nel negozio giocano un ruolo rilevante nell'accrescimento della soddisfazione della clientela, contribuendo a sviluppare solide e durature relazioni tra domanda e offerta.

In sanità il personale di contatto (che ricomprende sia il personale addetto alle procedure amministrative, sia il personale sanitario e socio-sanitario deputato ad erogare prestazioni *core*) rappresenta un tassello fondamentale nel percorso di costruzione del rapporto di fiducia tra paziente e (organizzazione e/o medico) curante. Pertanto, sono sempre più comuni pratiche di reclutamento del personale che guardino anche a determinate competenze sia relazionali che linguistiche, finalizzate a un'efficace accoglienza e comunicazione con il paziente.

**Servizi:** il prodotto dell'azienda commerciale è composto da quattro categorie di elementi associati al servizio: il concetto di servizio, il *core*, l'offerta incrementata dai *peripheral* e l'offerta allargata. Il concetto di servizio, o servizio di base, costituisce la *mission* dell'azienda (es. per un albergo è l'alloggio). Il *core* si compone, oltre che del servizio di base, di servizi di facilitazione e servizi ausiliari. I primi sono servizi senza i quali spesso non sarebbe neppure possibile fornire il servizio (es. un sistema di distribuzione dei libri in una biblioteca). I servizi ausiliari, anch'essi di appoggio, assolvono alla funzione di accrescere il valore del servizio e di consentire una prima differenziazione rispetto a quanto erogato dai concorrenti (es. la consegna a domicilio per un negozio). Per giungere all'offerta percepita dal cliente, il pacchetto di servizi di base va integrato con una offerta di servizi allargata che si compone di tre elementi: l'accessibilità del servizio, l'interazione con l'utente e la partecipazione del cliente.

Sebbene in sanità le prestazioni siano spesso differenti (passando da un erogatore a un altro), per il paziente non sempre è facile percepirne la qualità e le differenze. I servizi dell'offerta allargata diventano pertanto essenziali per rafforzare il posizionamento dell'azienda. Le modalità di prenotazione delle prestazioni, di ritiro dei referti, di archivio delle informazioni sono tutti elementi importanti per indirizzare le scelte del cittadino rispetto alla struttura alla quale affidarsi. Peraltro, più le modalità di fruizione di prestazioni e servizi sono semplici, maggiore è la probabilità di *compliance*. Ad oggi diversi erogatori offrono anche la possibilità di effettuare alcune prestazioni a domicilio e, per rendere le soluzioni più complete, all'erogazione delle prestazioni tradizionali (come le visite) è talvolta affiancata la vendita di medicinali o presidi (es. gli occhiali da vista).

**Procedure:** le procedure costituiscono un elemento fondamentale nelle aziende di servizi per garantire il coordinamento delle risorse e la qualità. I meccanismi su cui si basa l'organizzazione dei servizi, quali la logistica o le linee guida per i comportamenti del personale, hanno un forte impatto sulla fiducia. Dare adeguata comunicazione delle procedure può contribuire ad attrarre l'attenzione dei consumatori su attributi che in un primo momento non sarebbero rientrati nel processo di valutazione del punto vendita.

In sanità risulta particolarmente importante definire ed esplicitare, oltre alla gamma di prestazioni e servizi offerti, anche i percorsi di accesso e fruizione degli stessi (ad es. accesso diretto, su prenotazione, su programmazione per controlli e/o presa in carico, ecc.).

**Digital & social media:** l'elemento digitale ha aumentato esponenzialmente le possibilità di interazione e relazione tra azienda e consumatore nel tempo e nello spazio.

Qui rientra anche la comunicazione tramite i canali web e i *social media*, i quali danno la possibilità di integrare l'esperienza del punto di vendita con la flessibilità e l'approfondimento consentiti dal web. L'integrazione di *online* (mondo virtuale) e *offline* (mondo tangibile) consente di rispondere a 360 gradi alle esigenze dei clienti e di generare un sentimento di fiducia nel consumatore grazie alla consapevolezza di poter comunicare con l'impresa in qualsiasi momento via web (es. chat), ma di poterla anche contattare fisicamente.

In sanità l'applicazione digitale più comune è la telemedicina in tutte le sue forme, che rispondono a diversi obiettivi: rendere più fruibile la prestazione a un paziente già in carico della struttura, fornire informazioni o un primo orientamento, eseguire un triage, rafforzare la *compliance* terapeutica, ecc. Molteplici erogatori hanno inserito nella propria offerta diverse prestazioni in telemedicina; per fare sì che questa componente di offerta risulti un'opzione valida ed efficace agli occhi del paziente è importante presentare e distinguere in modo chiaro le diverse fattispecie disponibili (es. televisite, videosezioni di psicoterapia, telemonitoraggio, ...).

**Promozioni:** sono attività temporanee di animazione del punto vendita che hanno l'obiettivo di: (i) attrarre clientela e fidelizzarla, (ii) differenziare l'azienda rispetto ai concorrenti, (iii) indirizzare gli acquisti verso particolari prodotti/prestazioni, (iv) spostare gli acquisti del consumatore nel tempo. Le promozioni possono essere classificate secondo gli obiettivi: promozioni *above the line*, orientate alla fidelizzazione della clientela e promozioni *below the line*, orientate alla convenienza.

Anche in sanità gli strumenti promozionali si stanno progressivamente sviluppando non solo con l'obiettivo di fidelizzare il paziente, ma soprattutto per rafforzarne l'aderenza ai percorsi. In particolare, pertanto, si osserva la diffusione di «pacchetti» di prestazioni, che propongono al paziente un insieme (già predisposto e organizzato) di servizi legati e funzionali l'uno all'altro (es. test diagnostici, cui seguono consulenze specialistiche, stesura di programmi di prevenzione).

**Eventi:** possono essere considerati come una particolare categoria di promozione, hanno lo scopo di: (i) promuovere lo *store* ai potenziali clienti, (ii) animare il punto di vendita e allargare le stringhe di consumo, (iii) divulgare l'offerta, (iv) comunicare il valore e l'eventuale finalità sociale delle attività, con il fine ultimo di stimolare un atteggiamento favorevole al *retailer* nella mente del pubblico e di altri interlocutori.

In alcune strutture territoriali come le CDS sono per esempio organizzati eventi e altre attività di promozione della salute ed *empowerment* di comunità.

**Merchandising:** è l'insieme dei metodi di comunicazione che concorrono a dare al prodotto una vendita attiva grazie a una adeguata presentazione. Lo scopo del merchandising è di: (i) colpire l'attenzione del cliente, (ii) informare, fornendo una chiave di lettura dell'assortimento e, più in generale, del posizionamento, (iii) proporre alternative e abbinamenti per valorizzare l'offerta complessiva, (iv) persuadere il cliente all'acquisto. Il *merchandising* è una delle leve che maggiormente incide sulla percezione che il «negozio» non sia un luogo dove si vendono oggetti, ma idee e soluzioni, svincolando così l'azienda dalla concorrenza sul prodotto e sul prezzo.

La complessità della presentazione dell'offerta sanitaria rende strategico l'utilizzo delle leve di *merchandising*, non solo perché rafforzano l'identità della struttura, ma anche perché comunicano con la persona mentre è in attesa presso la stessa: ne illustrano la *mission*, i valori, l'offerta di servizi; consentono al paziente di identificarsi con il target, spiegano le prestazioni, contestualizzano le procedure. La comunicazione nel luogo contribuisce a generare un'«atmosfera» che può mettere a proprio agio il paziente (ad es. le aree di attesa dedicate ai bambini).

**Comunicazione:** nel *retail* la comunicazione è meno rilevante rispetto ai settori di produzione, ma completa la relazione con il cliente. In particolare essa ha come obiettivi quelli di affiancare la *location* nel creare il primo contatto con il cliente e di mantenere la relazione con il cliente anche al di fuori del punto di vendita. Gli strumenti di comunicazione usati dal *retailer* sono la pubblicità, le pubblicazioni, le sponsorizzazioni e i patrocini, ma soprattutto il *direct marketing*.

**Private Label:** si definiscono marche commerciali, marche private o *private label* tutti quei prodotti che vengono proposti al consumatore con un marchio o nome di proprietà di un *retailer* che ne garantisce direttamente il livello qualitativo. Oltre a completare l'assortimento hanno il ruolo di comunicare l'identità del punto di vendita e il suo posizionamento. Fanno percepire al cliente un forte investimento nella relazione con il cliente da parte del distributore e contribuiscono, quindi, ad affermare la leadership del marchio insegna.

### 13.3.2 La sfida dell'integrazione delle opportunità tecnologiche e digitali

La seconda sfida sottesa, in questo periodo storico più che mai, al modello di CDS/CDC è relativa all'integrazione delle opportunità generate dallo sviluppo tecnologico e digitale. Si tratta certamente di opportunità che erano già presenti e a disposizione delle aziende sanitarie da diversi anni e che hanno vissuto una significativa accelerazione nei processi di riconoscimento negli ultimi anni caratterizzati dalla pandemia (Boscolo, Giudice, Mallarini e Rappini, 2020).

Di recente, i diversi processi di trasformazione digitale e di innovazione tecnologica hanno avuto come protagoniste anche le stesse CDS (o strutture affini) ma non mancano esperienze interessanti di realtà «ponte» tra ospedale e territorio, che fanno leva sulle risorse digitali, anche nel panorama internazionale (ad esempio, l'iniziativa «Babylon GP at hand» in UK e l'esperienza finlandese «Health Village»). È quindi importante valutare il ventaglio delle opportunità abilitate dal progresso tecnologico e digitale (soprattutto per le principali funzioni caratterizzanti il modello della CDS/CDC) e anche comprendere la possibile portata di soluzioni *phygital* nella fornitura dei servizi.

Le iniziative e i disegni progettuali di Emilia Romagna, Puglia, Lazio e Veneto presentano sicuramente alcuni punti in comune, tra i quali figurano le principali motivazioni alla radice di questa determinazione a integrare nei meccanismi di funzionamento dei presidi territoriali e nel *modus operandi* dei relativi professionisti elementi tecnologici, digitali e persino virtuali.

Una delle motivazioni più significative è legata alla necessità di potenziare la capacità di prendere in carico i pazienti e i loro bisogni, in modo più efficace e continuativo nel tempo (nonché più percepibile dall'utente), cosa che può essere coadiuvata da risorse ICT e digitali, come la raccolta di una base dati più completa e aggiornata per definire protocolli di cura, l'aumento delle modalità di fruizione dei servizi, nonché dei canali di comunicazione con la struttura.

Tra le motivazioni emerge il fatto che l'innovazione tecnologica e digitale può aiutare a semplificare sia le comunicazioni, sia le procedure che i processi necessari che interessano il funzionamento di questi presidi (e della rete in cui si inseriscono); lo snellimento degli iter può portare beneficio sia alle CDS stesse e ai team di professionisti che in queste operano ma anche nel rapporto tra il paziente e il luogo dove trova assistenza.

Viene inoltre citato l'imperativo (molto sentito in tutte le realtà approfondite) di accrescere l'integrazione e il livello di coordinamento tra le diverse strutture, in primo luogo perché la CDS/CDC sia vista sempre meno come un presidio isolato e indipendente e sempre più come uno snodo (hub o spoke che sia) di una rete sanitaria fortemente interconnessa; inoltre, il ricorso a sistemi automatizzati e avanzati di raccolta e condivisione delle informazioni, giusto per citare un esempio, potrebbero agevolare sensibilmente anche il coordina-

mento tra professionisti e tra i diversi percorsi di risposta che in queste strutture sono attivati e che potrebbero beneficiare di una maggiore integrazione.

Infine influisce anche un tema, forse più marginale ma comunque rilevante, di svincolo di alcune risorse da attività collaterali o a basso valore aggiunto (come lo spostamento degli specialisti da una sede all'altra o come molte attività di call center), verso occupazioni a maggiore impatto ed efficacia; l'adozione di soluzioni digitali che semplifichino i collegamenti e aumentano i canali di accesso, per esempio, possono contribuire nella ricerca di una maggiore efficienza e di una valorizzazione più accorta delle risorse a disposizione (uno su tutti, il capitale umano dotato di competenze specialistiche).

Volgendo l'attenzione agli strumenti e alle concrete applicazioni che si stanno mettendo in campo per perseguire queste finalità nelle diverse realtà regionali, troviamo alcuni elementi ricorrenti: in primis ci sono grandi attese rispetto alle potenzialità delle soluzioni di telemedicina, come il telemonitoraggio, il teleconsulto tra professionisti, la telerefertazione, ecc.; si ritrovano anche investimenti significativi sulla progettazione e adozione di strumenti di supporto all'attività clinico-assistenziale, come le cartelle cliniche elettroniche, nonché una certa enfasi su altre soluzioni a supporto degli iter amministrativi connessi, come i sistemi di prenotazione online, i sistemi di raccolta del dato e di rendicontazione delle attività, giusto per citarne alcune.

In particolare, una progettualità molto promettente in atto in Emilia Romagna è quella della «Cartella socio-sanitaria informatizzata unica regionale dei Servizi del DSM-DP»<sup>7</sup>, la c.d. «cartella clinica unica» del paziente. Si tratta di un'esperienza avviata nel 2016 su input regionale, partita con un iter di co-progettazione dello strumento (durato tre anni), a cui è seguita una fase di test presso l'ASL di Imola, che ha poi portato all'adozione della cartella clinica unica presso i servizi territoriali che si occupano di salute mentale, dipendenze patologiche ed esigenze connesse sul territorio emiliano romagnolo. La Cartella Clinica Unica è digitale e dunque sempre accessibile da tutti i professionisti abilitati, che partecipano alla presa in carico di ciascun paziente. La Cartella viene alimentata da queste stesse figure in maniera costante; l'idea è che su questo strumento possano essere caricati tutti i referti, i pareri, i dati e le informazioni relative al paziente da parte delle diverse figure che lo seguono sui vari fronti del suo percorso assistenziale. Nei fatti, i diversi servizi territoriali che si occupano di salute mentale, dipendenze patologiche ed esigenze connesse (come per esempio i CSM, i SERD ecc.), che peraltro, spesso hanno sede presso le CDS, hanno il complesso compito di fornire un'assistenza e una presa in carico molto personalizzata e multi-professionale, che si sviluppa naturalmente su più dimensioni e bisogni collegati; è dunque necessario che

<sup>7</sup> <https://www.agendadigitale.eu/sanita/svolta-e-health-per-lemilia-romagna-ecco-la-cartella-clinica-unica/>

si attivino più figure professionali (dallo psicologo o psicoterapeuta, eventualmente lo psichiatra, al MMG, eventualmente l'assistente sociale e così via), i cui interventi non possono che beneficiare ed essere potenziati da una maggiore condivisione di informazioni circa gli obiettivi terapeutici, gli strumenti adottati, particolari esigenze insorte, ecc.

La risorsa della cartella clinica unica che diventa dunque l'unico luogo virtuale che raccoglie e conserva tutte queste informazioni può anche essere costantemente e ovunque consultata da tutte le figure professionali, che lì possono reperire tutti i materiali al cui accesso sono abilitati. Questo strumento si sta dimostrando davvero molto utile nella realtà dei servizi territoriali per la salute mentale, dipendenze patologiche ecc. proprio perché permette ai diversi professionisti che lavorano spesso con diversi pazienti che magari fanno anche riferimento a presidi (CDS) diversi, di poter avere sempre accesso a tutte le informazioni aggiornate e complete disponibili su ciascun caso. Ciò consente di elaborare percorsi e protocolli assistenziali sempre più «*tailor-made*», adattabili e integrati gli uni con gli altri; permette inoltre un maggiore allineamento tra gli obiettivi che concorrono a orientare il percorso di assistenza e riabilitazione complessivo del paziente e un più agile coordinamento tra professionisti che collaborano alla sua presa in carico.

Laddove un'effettiva presa in carico dei bisogni complessi e interdipendenti dei pazienti comporta un'assidua collaborazione tra diverse professionalità, sono necessari momenti di incontro e discussione dei casi. Grazie a soluzioni come questa è possibile condividere le stesse informazioni complete ed aggiornate e, eventualmente, anche discutere il caso a distanza più agevolmente.

Questa esperienza sta riscuotendo un grande successo tant'è che sarà presto estesa all'area dei consultori familiari, che ne hanno richiesto l'adozione; la programmazione regionale confida inoltre di estendere presto l'utilizzo di questo strumento anche ad altre aree di lavoro dell'assistenza territoriale, come la presa in carico dei pazienti cronici. Questi infatti costituiscono un target prioritario per le CDS e, trattandosi spesso di pazienti che presentano anche fragilità e co-morbidità, è necessario prevedere per loro l'inserimento in più percorsi di cura (PDTA), che quindi hanno la necessità di essere integrati. A questo fine dunque uno strumento di raccolta e condivisione digitale delle informazioni relative a ciascun paziente non può che rivelarsi di grande valore.

Anche la Regione Lazio e, in particolare, la ASL di Frosinone sta investendo in modo significativo sul fronte dell'innovazione in chiave digitale e tecnologica al fine di potenziare la propria capacità di risposta sul territorio. Questo è testimoniato dalla recente nomina di un responsabile della «rivoluzione digitale», a cui è affidato il compito di lavorare alla creazione di una cartella digitale di specialistica ambulatoriale (che al momento non è presente) condivisa tra i vari presidi dell'intera ASL, dunque con l'obiettivo di «uniformare il linguaggio» soprattutto per quanto riguarda la raccolta e condivisione dei dati

e l'interoperabilità dei sistemi informativi. L'obiettivo ultimo è che le diverse sedi e strutture presenti nella rete dell'ASL di Frosinone siano in prospettiva sempre più collegate tra di loro e in grado di condividere dati e informazioni.

Oltre a ciò, presso le CDS afferenti all'Azienda Sanitaria Locale è stato predisposto (e recentemente attivato) uno speciale ambulatorio, all'interno dell'area della presa in carico del paziente diabetico, dedicato all'esecuzione dell'elettrocardiogramma in modalità di teleconsulto e telerefertazione. L'idea di fondo è di garantire al paziente inserito nel percorso di gestione della patologia diabetica la possibilità di effettuare i periodici approfondimenti diagnostici necessari, come l'ECG (che prevede la compresenza del cardiologo) presso la stessa sede nella quale si reca abitualmente a fare i controlli periodici con il proprio curante.

Questo ambulatorio permette di effettuare, contestualmente alla visita di controllo presso la Casa della Salute, l'ECG. Grazie all'assistenza di un infermiere, l'approfondimento diagnostico viene seguito in tempo reale anche da un cardiologo dell'azienda territoriale, in quel momento in servizio presso il vicino ospedale. Nel giro di pochi minuti è possibile anche riceverne il relativo referto ed eventuali indicazioni aggiuntive da parte dello specialista in teleconsulto. L'obiettivo è quello di semplificare l'esperienza del paziente e di evitare agli specialisti dell'azienda degli spostamenti spesso non a valore aggiunto, sfruttando l'opportunità del collegamento tra professionisti e tra macchinari a distanza (teleconsulto e telerefertazione). La finalità ultima è inoltre di mettere davvero a fattor comune tutte le risorse e le competenze professionali che sono presenti in azienda, anche se fisicamente operative in sedi diverse sul territorio. La prospettiva della Direzione Strategica dell'ASL di Frosinone è di attivare a breve questo tipo di ambulatorio anche al servizio di altri percorsi di presa in carico della cronicità. La rete dell'assistenza socio-sanitaria territoriale attiva sulla provincia di Frosinone è infatti caratterizzata dalla presenza di quattro strutture dislocate su tre distretti (su quattro totali), talvolta a presidio di aree rurali e montane. Pertanto, il tema della distribuzione delle specialità cliniche e della rotazione dei professionisti tra le diverse strutture non è banale.

A conclusione della carrellata è interessante citare anche la strategia di potenziamento dell'assistenza sanitaria e, in particolare, dell'assistenza sanitaria sul territorio che è stata immaginata dalla regione Puglia e già approfondita nel precedente Rapporto OASI (Boscolo, Giudice, Mallarini e Rappini, 2020). Si tratta per il momento ancora di un'evoluzione *in fieri*, più in fase progettuale rispetto alle esperienze raccontate, ma che considera il PTA come un *asset* strategico per la digitalizzazione del SSR e che sembra puntare, in prospettiva, a un modello di presa in carico della cronicità che integra elementi contenuti nelle esperienze di Emilia Romagna e Lazio appena presentate. In particolare, nell'anno 2020, su input dell'ARESS (Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale) è stata istituita la «Centrale Operativa per la telemedicina per

le cronicità e le reti cliniche». Iniziativa questa voluta fortemente per focalizzare gli sforzi di digitalizzazione su un processo maggiormente integrato (rispetto alle varie iniziative pilota ultra-specialistiche sviluppatasi negli ultimi anni), che prende pertanto in considerazione l'ambito della cronicità in senso ampio e intende fornire un supporto alle reti cliniche. Inoltre, la Centrale Operativa è anche finalizzata ad evitare che le prestazioni erogate «a distanza» diventino un'area di offerta potenzialmente poco governata e a rischio di inappropriatazza. Al contrario, grazie alla Centrale Operativa l'opportunità e l'utilità di televisite e altre prestazioni erogate non in presenza viene valutata caso per caso per ciascun paziente, alla luce del percorso diagnostico terapeutico in cui è inserito.

Alla Centrale Operativa è stato anche affidato il compito di sviluppare tre scenari di implementazione di innovazioni in chiave digitale:

- ▶ il primo riguarda l'informatizzazione della Rete Oncologica pugliese di primo livello, che comprende dunque i 18 centri di orientamento oncologico, che si occupano di un primo livello di presa in carico (informazione, orientamento, risoluzione del dubbio diagnostico e invio al centro clinico più idoneo);
- ▶ il secondo scenario riguarda a tendere, l'area delle patologie rare: prevede, in prima battuta, l'informatizzazione di un primo centro dedicato alla talassemia, da replicare poi su tutti gli altri e da estendere, una volta perfezionato, sulle altre patologie rare;
- ▶ il terzo scenario, in particolare, attiene fortemente alla sfera dell'assistenza territoriale e prevede la progettazione di ambulatori «ibridi» (sia fisici che virtuali) di presa in carico della cronicità da sviluppare, in una prima fase, presso tre PTA dell'Azienda Sanitaria Locale di Bari.

L'obiettivo è quello di realizzare dei luoghi di salute fisicamente localizzati presso questi presidi, in cui i pazienti affetti da patologie croniche possano trovare un'assistenza sia tradizionale che, eventualmente, anche virtuale, tramite modalità che ne permettano la fruizione anche quando il paziente non ha la possibilità di recarsi personalmente presso il PTA di riferimento, con maggiore flessibilità, nei tempi che sono più consoni e più si adattano alle sue esigenze organizzative. Per il momento, questo terzo scenario è ancora in fase di elaborazione e costituisce pertanto una visione, ancora da mettere in pratica, che tuttavia già testimonia l'ambizione di integrare le due dimensioni (fisica e digitale) in un modello di servizio e di assistenza ibrido, dove anche la dimensione digitale possa giocare un ruolo rilevante sia dal punto di vista dell'interazione e dell'*engagement* del paziente, ma anche sul fronte dell'erogazione stessa delle prestazioni.

Queste evoluzioni della strategia di digitalizzazione che interessano anche la rete sanitaria territoriale pugliese rappresentano peraltro un ulteriore sviluppo

di un percorso avviato tempo fa. Sono già diversi anni infatti che la Regione riflette e lavora allo sviluppo della dimensione digitale dei propri servizi, anche sul piano territoriale, progettando attentamente prestazioni erogabili con modalità nuove (come la tele visita) e la relativa integrazione delle stesse nei protocolli e percorsi di cura già in essere. Lo testimonia, per citare un esempio, il progetto «TeleHomeCare» (di telemonitoraggio e teleassistenza) pensato per i pazienti con diabete, scompenso cardiaco e BPCO, attivato già nel 2015 presso l'Ospedale di Comunità del PTA di Ceglie Messapica, che aveva portato a risultati molto positivi, tra cui «un favorevole giudizio da parte dei pazienti con riferimento ad una migliore qualità dell'assistenza» (Abbinante e Galasso, 2016).

Queste sono solo alcune delle esperienze di integrazione e approfondimento delle opportunità digitali e tecnologiche che, seppur con diversi gradi di maturità, insistono sul fronte dell'assistenza territoriale, però già riescono a dare una prima impressione di quella che potrebbe essere una potenziale evoluzione del modello di CDS/CDC (e strutture assimilabili) sotto diversi punti di vista.

In primis, abbracciare in modo strategico, consapevole e ben ingegnerizzato queste opportunità tecnologiche potrebbe permettere alle CDS di superare finalmente lo stato di dispersione e isolamento che da sempre caratterizza molti di questi presidi (isolamento e dispersione intesi sia da un punto geografico, sia rispetto alla più ampia rete di assistenza territoriale, che rispetto alle mappe cognitive dell'utenza, che spesso ancora fatica a mettere a fuoco cosa siano e a cosa servano). Le traiettorie di investimento e di lavoro delineate nelle realtà prese in esame presuppongono infatti un forte impegno nella direzione di mettere in vero collegamento le CDS tra di loro ma anche con la più ampia rete di assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, facendo fluire dati e informazioni, facilitando la comunicazione tra professionisti e strutture, fino a mettere a fattor comune anche le risorse a disposizione. Questo ci porta a una seconda potenziale evoluzione, che è legata di fatto alla possibilità di non essere vincolati dalla dotazione strutturale di personale di cui ciascuna CDS dispone: infatti, soluzioni come il teleconsulto, per esempio, aprono alla possibilità concreta di attingere alla dotazione dell'intera rete territoriale.

Da ultimo, ma non per importanza, grazie a questi sviluppi, le CDS/CDC potrebbero riuscire ad andare oltre la propria fisicità, che sicuramente rimarrebbe un elemento importante sia del proprio modo di dare risposta ai bisogni che della propria identità, ma che potrà non costituire più un vincolo nel declinare la caratteristica della «prossimità». Tramite l'adozione di modelli di servizio (di assistenza, cura e presa in carico) ibridi nel loro ricomprendere sia una dimensione fisica tradizionale e una digitale, le CDS/CDC potranno rappresentare un punto di riferimento per i propri pazienti anche quando questi saranno impossibilitati a recarvisi personalmente, ad esempio, quando saranno in vacanza o altrove per motivi di lavoro.

Come visto, le potenziali ripercussioni positive sul modello, derivanti dall'integrazione delle opportunità offerte dal progresso tecnologico e digitale sono diverse e promettenti, tuttavia è doveroso chiarire che tali approfondimenti non sono esenti da rischi e ostacoli.

In primo luogo, è rilevante sottolineare che queste nuove soluzioni rese possibili dalle tecnologie non possono e non devono essere intese come sostitutive di ciò che è già in essere, in termini di percorsi di assistenza, di cura e di presa in carico, ma vanno invece ad integrare e ad aggiungersi, ampliando e potenziando le possibilità di fruizione in un'ottica di semplificazione dell'esperienza utente e di condivisione delle risorse più determinanti (personale e competenze specialistiche, informazioni e dati). Peraltro, sebbene tutte le funzioni qualificanti il modello Casa della Salute siano potenzialmente interessate da queste opportunità di sviluppo in chiave tecnologica e digitale, ciascuna delle funzioni presenta delle caratteristiche e dei profili evolutivi peculiari, che è importante prendere in considerazione (Tabella 13.2).

In secondo luogo, il tema della privacy, e della tutela dei dati personali e sensibili costituisce una dimensione imprescindibile, che non può mancare nelle riflessioni relative alla progettazione di nuove soluzioni, negli studi di fattibilità e di scalabilità delle iniziative, soprattutto se ad alto contenuto tecnologico e digitale.

Inoltre, sebbene l'emergenza Covid-19 abbia sicuramente contribuito a vincere parte delle nostre resistenze verso il cambiamento interpretato in chiave tecnologica e ad oggi si sia tendenzialmente più flessibili rispetto alle modalità con cui interagiamo e usufruiamo anche di servizi di natura sanitaria, per la buona riuscita delle innovazioni discusse sarà importante non considerare questa una partita già vinta. Soprattutto in aree non urbane (dove spesso trovano collocazione presidi come le CDS) e nelle coorti di popolazione più anziane, i temi del *digital divide* e della diffidenza rispetto alle tecnologie digitali potrebbero meritare ancora riflessioni ad hoc. È del resto anche importante non perdere di vista la necessità di disporre di squadre nutrite di personale adeguatamente formato, flessibile e anche motivato rispetto alle opportunità di miglioramento che possono concretizzarsi provando ad integrare qualche nuova soluzione, che sia telemedicina, una app di monitoraggio, un sistema di telerefertazione o altro. Sicuramente le tecnologie sono in grado di aprire nuove strade, ma per dare effettivo compimento a queste opportunità e arrivare a produrre risultati non è possibile prescindere dal supporto delle professionalità cliniche e amministrative adeguate e, in particolare, dei cosiddetti «*gate-keeper*» del SSN, che sono i medici di medicina generale.

Infine, nell'immaginare le traiettorie di evoluzione che potrebbero interessare il modello CDS/CDC nei prossimi anni, può essere utile e arricchente prendere ispirazione da esperienze più mature, messe in campo in altri sistemi

Tabella 13.2 **Le opportunità tecnologiche e digitali che interessano il modello Casa della Salute (per funzioni caratterizzanti): tecnologie abilitanti, profili evolutivi ed esperienze di riferimento**

Accesso e orientamento alla rete di servizi sanitari, socio-sanitari (e sociali)	Integrazione della medicina di base (ambulatorio infermieristico, MMG/PLS)	Presa in carico per particolari target di popolazione (tipicamente cronici, fragili e anziani non autosufficienti)	Erogazione di servizi sanitari, socio sanitari e (quasi sempre) anche sociali
<b>Tecnologie abilitanti</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piattaforme web e app di prenotazione</li> <li>• Chatbot di orientamento e informazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chatbot per «auto-diagnosi»</li> <li>• Sistemi di tele visita</li> <li>• Sistemi di raccolta, organizzazione delle informazioni (es. cartelle elettroniche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemi di raccolta, organizzazione delle informazioni (es. cartelle elettroniche)</li> <li>• Sistemi integrati di telemonitoraggio</li> <li>• Sistemi di teleconsulto tra professionisti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemi di tele visita</li> <li>• Sistemi di esecuzione di approfondimenti diagnostici in teleconsulto</li> <li>• Sistemi di telemonitoraggio (eventualmente integrati con <i>wearable device</i>)</li> </ul>
<b>Profili evolutivi</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La compresenza di molteplici canali è ormai consolidata</li> <li>• Emerge ora la necessità di uniformare l'esperienza dell'utente per raggiungere la cd. «omnicanalità»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È possibile ricorrere a un modello di servizio differente per le cure primarie, che possa prevedere l'integrazione del digitale per alcuni target di utenza o per alcune componenti del servizio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'integrazione della dimensione digitale nei percorsi di presa in carico può consentire di «raggiungere» il paziente (e i suoi bisogni) in modo più completo, adattabile e continuativo nel tempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il ricorso alle opportunità tecnologiche permette di ripensare alle modalità con cui si producono ed erogano alcune prestazioni (non solo nella relazione tra paziente e professionista ma anche nel coordinamento tra competenze)</li> </ul>
<b>Alcune esperienze di riferimento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemi di prenotazione e gestione degli appuntamenti informatizzati (CUP online)</li> <li>• Servizi di orientamento e chatbot (Babylon GPaH e Health Village)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Babylon GP <i>at Hand</i> (chat e videoviste)</li> <li>• Cartella Clinica Unica del paziente (Emilia Romagna)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartella Clinica Unica del paziente (Emilia Romagna)</li> <li>• Telemonitoraggio dei pazienti affetti da patologie croniche (Emilia Romagna)</li> <li>• Percorsi diagnostico-terapeutici digitali di <i>Health Village</i></li> <li>• Ambulatorio ibrido di presa in carico delle cronicità (Puglia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG in teleconsulto nel percorso del paziente diabetico (Lazio)</li> <li>• Tele-visit (<i>Health Village</i> e Babylon GPaH)</li> <li>• Ambulatorio ibrido di presa in carico delle cronicità (Puglia)</li> </ul>

sanitari con successo; come anticipato, due esperienze interessanti sono quella degli «*Health Village* finlandesi» (Box 13.2) e l'iniziativa «*GP at Hand*» di Babylon UK.

Nel primo caso, si tratta di un'esperienza di innovazione digitale applicata all'erogazione di assistenza sanitaria extra ospedaliera, che permette ai cittadini finlandesi di trovare un primo livello di assistenza specialistica presso questi presidi digitali, sempre accessibili, che sono in grado di dispensare informazioni complete e sempre aggiornate e di mettere in comunicazione gli utenti con professionisti esperti. La piattaforma si propone di dare supporto alle modalità e ai percorsi di cura tradizionali, offrendo diverse tipologie di servizi, tra cui:

### Box 13.2 **Una rete di presidi sanitari digitali tra ospedale e territorio: gli *Health Village* finlandesi**

L'esperienza degli *Health Village*<sup>1</sup> nasce su iniziativa dell'Ospedale Universitario di Helsinki che, dopo gli ottimi risultati raggiunti con «*Mental Hub*» (progetto incentrato su servizi digitali per la salute mentale lanciato nel 2009), ha deciso di estendere la progettualità anche ad altri ambiti dell'assistenza sanitaria. La *vision* all'origine dello sviluppo di *Health Village*, ad oggi ampiamente utilizzato con ottimi risultati sia da pazienti che da professionisti, è rivoluzionare la sanità con una piattaforma che metta a fattor comune i migliori professionisti sanitari e le informazioni più aggiornate e affidabili, producendo servizi legati alla salute e al benessere personalizzabili. L'obiettivo ultimo è garantire un livello extra ospedaliero di assistenza sanitaria, interamente digitale, a supporto dei tradizionali percorsi di cura e presa in carico.

*Health Village* infatti può essere descritto come una piattaforma che aggrega servizi digitali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, accessibile a tutti i cittadini finlandesi che abbiano bisogno di informazioni o supporto, senza doversi recare presso l'ospedale più vicino (che spesso si trova a diverse decine di km di distanza). Non si può parlare di una struttura intermedia vera e propria in quanto nell'esperienza *Health Village* manca completamente la dimensione fisica: non è presente alcun presidio fisico mentre sono numerosi i presidi digitali (i cd. *hub*) e percorsi di cura virtuali. Ad oggi, la piattaforma *Health Village* si compone di 33 *hub*, alcuni dei quali si riferiscono a specifiche patologie (ad esempio, l'*hub* dedicato alle malattie tumorali) mentre altri si concentrano sui bisogni di alcune categorie di pazienti (come *Surgery hub*, *Rehabilitation hub*, ecc.), 115 percorsi digitali di cura che forniscono assistenza specialistica e 5 centri di conoscenza virtuali. I *digital care pathways* (che forniscono indicazioni sempre accessibili relative alle diverse fasi dei percorsi di cura e riabilitazione, consigli e un sicuro canale di comunicazione a distanza con il professionista) possono essere di tre tipologie: (i) percorsi di accompagnamento e preparazione del paziente a un trattamento chirurgico o medico; (ii) percorsi di *life care* per patologie croniche; (iii) percorsi di *coaching* del paziente e terapia in telemedicina.

Nel corso dei suoi primi 5 anni di vita, l'iniziativa è riuscita a liberare capacità produttiva destinata all'erogazione di assistenza sanitaria di secondo livello, diminuendo le visite ripetute o non necessarie, le telefonate e le email ai curanti, con un risparmio complessivo stimato di 1,3 miliardi di euro.

Ogni giorno, circa 20.000 utenti visitano la piattaforma, mentre al mese più di 540.000 utenti si avvalgono dei servizi offerti dai vari *hub* digitali: pur non essendo presente l'elemento della struttura fisica, evidentemente gli utenti trovano presso *Health Village* un primo punto di riferimento in caso di bisogni di salute.

<sup>1</sup> <https://www.terveyskyla.fi/en>

Fonte: Boscolo P.R. (2019). Materiali di lavoro del Workshop OCPS del 01 luglio 2019 «Ambienti fisici e virtuali: tendenze e soluzioni per i consumi privati in sanità». Milano: SDA Bocconi

- ▶ servizi sanitari e socio-sanitari per la popolazione (con dubbi o bisogni sanitari occasionali);
- ▶ percorsi di cura e presa in carico digitali per pazienti con bisogni specialistici e diagnosi già finalizzate;
- ▶ servizi digitali di aggiornamento e supporto multidisciplinare *peer to peer* per i professionisti della sanità.

*Health Village* basa l'assistenza offerta dai suoi *hub* e dai suoi percorsi digitali su dati ed evidenze raccolte negli anni dai sistemi informativi che supportano il sistema sanitario; inoltre si tratta di un sistema che fa perno su un costante processo di apprendimento e aggiornamento (via AI e *machine learning*), con il duplice fine di (i) massimizzare l'impatto dei servizi nel rispondere ai bisogni degli utenti-pazienti e (ii) favorire il contenimento dei costi (ad esempio, evitando prestazioni inappropriate, spostamenti inutili verso le strutture ospedaliere e favorendo un crescente *empowerment* del paziente).

Anche l'esperienza britannica di «*Babylon GP at hand*» dimostra come l'integrazione di strumenti e modalità digitali possano, da un lato, avvicinare il paziente con i suoi bisogni sanitari a una presa in carico che diventa più flessibile e snella, grazie alla consapevolezza di poter fruire di servizi di assistenza ovunque e in modo semplice tramite il proprio dispositivo mobile e, nel contempo, di risparmiare il tempo che normalmente si sarebbe impiegato per gli spostamenti o in una lista di attesa per avere accesso al servizio (Boscolo, Fenech, Rappini, Rotolo, 2019). Si tratta di un'iniziativa, avviata nel 2017, che vede protagonista Babylon UK (startup produttrice di una celebre applicazione per telefono che permette di svolgere triage e autodiagnosi sfruttando un sistema intelligente AI-based) e il NHS inglese in una sorta di «partnership» incentrata sulla digitalizzazione dell'assistenza primaria, che prevede l'esternalizzazione della maggior parte dei relativi servizi alla piattaforma Babylon. Per i pazienti aderenti, di fatto la piattaforma GPaH diventa il primo punto di riferimento per dubbi, consigli e bisogni di salute di lieve entità: tramite l'app è possibile accedere al servizio di «*synthoms checker*», a video-visite con GP (a qualsiasi orario e tutto l'anno, con poche ore di attesa), prenotare visite tradizionali se ritenute necessarie, disponibili però solo presso alcuni centri sul territorio (durante la prima fase pilota dell'iniziativa, che ha interessato l'area nord-ovest di Londra, erano disponibili 5 di questi centri); è inoltre integrata la possibilità di essere messi in contatto con medici specialisti (di Babylon) per video-visite la cui necessita sia ravvisata dal confronto con il GP. Anche questa innovativa modalità di avere accesso e fruire di un'area di assistenza sanitaria extra-ospedaliera ha riscosso un certo successo grazie ai vantaggi e benefici sopraccitati, a riprova del fatto che l'integrazione dell'esistente con opportunità e modalità nuove abilitate dalle tecnologie, se ben progettata (nelle finalità, nei meccanismi di controllo e verifica, con le dovute attenzioni alla tutela della

privacy e dei dati) può davvero potenziare la capacità di risposta ai bisogni dei sistemi sanitari territoriali. A tendere, grazie alle opportunità offerte dall'ICT e dal digitale, le CDS possono aspirare a diventare più incisive sullo stato di salute e benessere dei pazienti che già seguono e, al contempo, a raggiungere e assistere una platea più ampia di utenti.

### 13.3.3 La sfida della varietà e il ruolo della CDS/CDC nella rete dei servizi

L'ultima sfida riguarda la varietà delle configurazioni possibili e il ruolo che la CDS/CDC, nel modello che prevarrà, dovrà assumere all'interno delle reti di offerta. Le evidenze fin qui raccolte a partire dalle mappature e dalle interviste somministrate per la redazione di questo lavoro mostrano un quadro eterogeneo rispetto a posizionamento e al disegno che la CDS/CDC (o qualsiasi altra struttura ad esse assimilabile) ha assunto nel corso nel tempo e all'interno dei sistemi di offerta sanitaria.

In primo luogo, appare evidente come finora gran parte della variabilità osservata sia frutto dell'origine della struttura all'interno della quale la CDS (o altre strutture assimilabili). È infatti comune osservare come i posti letto di degenza territoriale (moduli di ospedali di comunità, degenze a gestione infermieristica) o la presenza di strumenti di alta diagnostica siano presenti in misura maggiore all'interno di ex strutture ospedaliere riconvertite. All'ultima rilevazione approfondita disponibile (Morando, Prenestini e Rappini, 2017) risultava come nel 43% dei casi le CDS fossero collocate in ex strutture ospedaliere riconvertite. In alcune regioni come Puglia (tra i casi approfonditi) e Sicilia, questa percentuale sfiora ancora il 100% delle strutture. La caratteristica è inoltre confermata dall'approfondimento del caso pugliese, dove il PTA è visto come naturale trasformazione dei vecchi presidi oggetto nel tempo di un processo di dismissione a seguito della costruzione di nuovi e più moderni presidi ospedalieri. Questo concorre a confermare l'idea che in un sistema ancora largamente dominato dalla dimensione ospedaliera e dall'immagine dei grandi poli in cui si concentrano professionalità, tecnologie, casistica e servizi all'avanguardia, l'offerta territoriale delle aziende assume generalmente un posizionamento più debole perché frutto prevalentemente dell'esigenza di preservare un presidio di riferimento per la comunità, ancora di più quando le nuove configurazioni sono interpretate esclusivamente come *downgrading* e *downsizing*. Se il driver prevalente per l'istituzione e la configurazione delle CDS è dunque stato finora, per molti modelli regionali, la necessità di riconvertire strutture preesistenti, le risorse provenienti dal PNRR nell'ambito della Missione 6 alimenteranno una nuova tendenza alla costruzione *ex-novo* di strutture pensate e progettate per una funzione ben precisa (nel 2017 soltanto il 7% delle strutture erano state appositamente progettate e costruite).

Il secondo aspetto riguarda la collocazione della struttura all'interno del

contesto geografico. Si tratta qui in particolare della distinzione tra strutture urbane (o addirittura metropolitane) e strutture collocate in contesti non urbani. Inoltre, in un paese caratterizzato da grandi differenze in termini geografici, orografici, di collegamenti infrastrutturali e di densità dell'offerta sanitaria, sarebbe il caso di distinguere ulteriormente i contesti non urbani da, ad esempio, le aree interne, caratterizzate in modo significativo da fenomeni di declino demografico e marginalizzazione territoriale (60% del territorio, 52% dei comuni e 22% della popolazione secondo l'Agenzia per la Coesione Territoriale). Sempre secondo l'ultima mappatura disponibile, l'87% delle strutture assimilabili a CDS si collocava in centri di dimensioni medio-piccole, e solo il 13%, di conseguenza, all'interno di comuni capoluogo di provincia. In Emilia-Romagna, ad esempio, le strutture collocate in capoluogo di provincia erano nel 2018 il 10% (e un altro 10% collocato in contesti montani) e la costruzione di nuove CDS in aree urbane era considerata una priorità dal governo regionale. Stando alle rilevazioni disponibili, la collocazione incide in modo significativo sulla tipologia di servizi presenti: le strutture cosiddette «urbane» mostrano una maggiore prevalenza di servizi collegati alla presa in carico della cronicità e alla medicina di iniziativa, con maggiore presenza di MMG/PLS, ambulatori infermieristici, le UVDM, a fronte di una minore presenza di attività «diverse» come i consultori familiari, i centri di salute mentale o neuropsichiatria infantile, o i PPI e le postazioni del 118 che invece più comunemente si osservano in co-abitazione all'interno delle strutture non urbane. La tendenza è confermata dall'approfondimento dei casi regionali. È il caso del Lazio e della ASL di Frosinone in particolare dove le CDS risultano collocate prevalentemente fuori dal contesto urbano della città capoluogo e tendono ad assorbire la stessa tipologia di servizi e funzioni, a partire da quelli minimi richiesti dal modello modulare della regione e a prescindere dalla originaria destinazione della struttura (si trovano indistintamente ex strutture ospedaliere e strutture territoriali): servizi amministrativi (URP e CUP), punto prelievi, PUA, ADI-CAD, assistenza protesica, consultori, poliambulatori, presidi ambulatoriali territoriali (a gestione MMG), centri salute mentale, assistenza farmaceutica, postazioni 118, ecc. Similmente, nella provincia di Roma le strutture collocate al centro della città metropolitana tendono a convergere su un minore numero di funzioni, data anche la presenza di strutture ospedaliere e poliambulatori nelle prossimità, rispetto alle CDS più periferiche e collocate in provincia. Le strutture collocate in contesti lontani da quelli urbani tendono dunque a svolgere un ruolo di punto di riferimento e concentrazione per l'intera gamma delle attività territoriali. In Emilia-Romagna, diversamente, la collocazione geografica sembra influire in misura minore sulla gamma di attività presenti ed è più condizionata dal peculiare modello adottato che prevede due configurazioni «messe in rete»: strutture a bassa complessità e a medio-alta complessità. Le strutture a medio-alta complessità si distribuiscono allo stesso

modo nei contesti urbani e non urbani: tra le strutture urbane (11), il 55% è a medio-alta complessità; tra quelle non urbane (94) le strutture a medio-alta complessità sono il 50%. Come era lecito attendersi, poiché l'Emilia-Romagna può essere annoverata tra le regioni capofila nell'implementazione delle CDS, anche da un punto di vista temporale, all'interno di questa regione la spinta verso l'istituzione di strutture territoriali fornita dalla necessità di riconvertire i presidi ospedalieri si è di fatto esaurita, lasciando spazio a una progettazione di modelli di servizio collegati in rete maggiormente basati su disegni e finalità da perseguire, piuttosto che su adattamenti locali.

Il terzo aspetto riguarda le possibili configurazioni che la CDS/CDC può assumere a seconda della definizione di comunità/target/bacino di riferimento all'interno dei perimetri definiti dai disegni. A prescindere dagli intenti dichiarati, e da linee guida più o meno dettagliate, le CDS hanno un posizionamento ancora molto dipendente dalle origini delle strutture e/o dai contesti in cui sono collocate, come appena discusso all'interno di questo paragrafo. Una delle *value proposition* dichiarate delle CDS riguarda la declinazione di un luogo che si occupi in modo prioritario della presa in carico del paziente cronico secondo un principio di prossimità; la medicina di iniziativa è quindi uno degli approcci più ricorrenti all'interno delle configurazioni di CDS a partire da modelli di *population health management*. Le esperienze fin qui raccolte mostrano però due elementi che di fatto assegnano potenzialmente alle CDS ruoli e vocazioni emergenti molto diverse da quelle dichiarate.

Innanzitutto, è difficile parlare di popolazione cronica in senso generale, come un unico target di riferimento. Sebbene all'interno delle strutture delle varie esperienze regionali siano ampiamente diffusi i modelli di presa in carico della cronicità basati su PDTA sulla singola patologia cronica, sono sempre più frequenti approcci di medicina di iniziativa che, a partire da modelli di stratificazione del rischio, indentificano i pazienti sulla base non tanto della singola patologia cronica, ma dell'insieme delle condizioni cliniche che ne determinano il grado di complessità sulla scala dei bisogni. È chiaro quindi come un'unica declinazione che abbia il cronico al centro non possa rispondere appieno ai bisogni di una categoria ormai così ampia ed eterogenea al suo interno. All'interno di questo ampio insieme, è utile quindi considerare separatamente almeno due target ben distinti, che trovano risposta in modelli e servizi in parte diversi. In primo luogo, le persone a bassa intensità assistenziale, caratterizzati tipicamente dalla presenza di un'unica patologia cronica. È pacifico, per questa ampia tipologia di utenti, assumere che il bisogno assistenziale trovi una risposta appropriata in una serie di servizi che potremmo definire di base: orientamento e prenotazione, medicina generale, ambulatorio infermieristico, ambulatorio specialistico per le specialità a maggiore prevalenza ed eventualmente programmi di prevenzione e promozione della salute e corretti stili di vita. A questa esigenza rispondono diverse configurazioni. A livello nazionale si ricordano le CDS a bassa comples-

sità in Emilia-Romagna, ma anche ad esempio le MGI in Veneto, caratterizzate per la concentrazione all'interno di un'unica sede unica di un gruppo di MMG, con la presenza di personale di segreteria e infermieristico e per tutta una serie di attività, tra cui la diagnostica di 1° livello, assicurando al contempo un collegamento con la continuità assistenziale e i servizi specialistici, e un'attività garantita sulle 12h diurne. Approfondendo il tema dei target, è emerso in particolare dall'analisi dei casi regionali la necessità di individuare formule di servizio che identifichino nei soggetti a medio-alta complessità le persone su cui maggiormente concentrarsi, partendo dal presupposto che i cronici a bassa complessità siano nelle condizioni di rimanere appannaggio della medicina generale nelle sue varie forme organizzative, o di strutture territoriali appositamente concepite per lo scopo (es. MGI). Se si considera invece un insieme più ampio di cronici, comprendendo quindi anche pazienti a più elevata complessità, oltre ai servizi di base già elencati al precedente punto, dovrebbero trovare spazio all'interno delle strutture tutte quelle funzioni finalizzate a coordinare e gestire la presa in carico del paziente in tutti i suoi aspetti, da quello sanitario a quello sociosanitario e sociale, se in particolare alla condizione di cronicità è associata anche una condizione di fragilità: dal punto unico di accesso, ai servizi di assistenza domiciliare e cure palliative, all'assistenza protesica, integrativa e farmaceutica, fino anche ai moduli di degenza territoriale e ai servizi sociali e il volontariato. Si rende necessario inoltre, per questo particolare target, ragionare sulla necessità che al concetto di prossimità e continuità della presa in carico delle strutture territoriali sia associato anche quello della qualità delle competenze specialistiche che può avvenire soltanto attraverso una messa in rete delle CDS/CDC non tanto con altre strutture territoriali (in quanto scopo della struttura è quello di accentrare il coordinamento e l'erogazione dei servizi territoriali), quanto invece con le strutture ospedaliere e le reti specialistiche, anche attraverso le opportunità fornite dalla tecnologia e dallo sviluppo di modalità di erogazione digitale dei servizi, di cui si è già parlato nel paragrafo precedente.

Emerge, inoltre, un approccio molto comune all'interno dei modelli regionali indagati, ovvero quello di CDS come «contenitore» dei servizi territoriali. Questo modello trova particolare consenso, tra i casi analizzati, in Lazio e Puglia dove più evidente è il tratto di concentrazione dei servizi: in entrambi i casi la prospettiva è quella di una riduzione progressiva dei «civici» in cui sono collocate funzioni e servizi territoriali, a favore di una collocazione fisicamente unitaria dell'intera gamma dei servizi. In parte diversa è la visione dell'Emilia-Romagna, in cui l'aspirazione a interpretare un modello, anche valorialmente, diverso di sanità è più avvertibile. Alcuni tentativi di classificazione proposti nei più recenti rapporti internazionali ricondurrebbero a una vocazione *Health and well-being* la configurazione attesa di CDS/CDC in contrapposizione a una vocazione definita *Healthcare express* per le strutture sanitarie collocate in grandi presidi e costituite da servizi specialistici di diagnosi e cura. Le nuove strutture territo-

riali potrebbero essere ulteriormente concettualizzate come un *continuum* tra strutture che servono un prevalente «scopo geografico» e quelle che servono uno specifico segmento di popolazione. Nelle esperienze considerate si possono individuare alcuni primi tentativi di focalizzazione: il modello delle MGI del Veneto è interamente centrato sulle funzioni riconducibili alle cure primarie; in Lazio gli Ambufest si configurano come moduli aggiuntivi delle CDS focalizzati sulla continuità assistenziale; in Emilia-Romagna sono recenti alcune esperienze di focalizzazione del modello CDS su specifiche aree di bisogno (es. la Casa della Salute – Polo Infanzia di Formigine, istituita dall’AUSL di Modena). Va detto però che, escludendo alcuni casi ed esperienze specifiche, l’approccio seguito nel nostro SSN (considerando anche la recente impostazione contenuta nel documento del tavolo tecnico Agenas-Regioni) è quello di un modello di CDS/CDC che possa fornire un’ampia gamma di servizi sanitari e sociali, coprendo quasi l’intero spettro delle funzioni di assistenza, dalla prevenzione alle cure di base, di tipo medico e chirurgico, ambulatoriali e anche in regime di degenza. Esiste dunque il potenziale per le nuove configurazioni di occupare uno «spazio variabile» all’interno delle reti di offerta e di servire una popolazione indistinta di utenti con bisogni molto differenziati tra loro (sani, cronici, occasionali, residenti, non residenti, della comunità locale, assistiti degli MMG e non).

Emerge dunque un disallineamento, che accomuna molte delle esperienze analizzate, tra *value proposition* dichiarate ed effettiva realizzazione delle configurazioni. Le esigenze di mantenere un presidio di riferimento e adattare le soluzioni ai contesti locali, unite alla necessità di razionalizzare l’estesa gamma di servizi e funzioni territoriali all’interno di un unico luogo, hanno generato un disallineamento con gli intenti di fondo, contribuendo a indebolire il posizionamento dei luoghi simbolo della sanità territoriale agli occhi del cittadino. Il rischio che si pone è, in definitiva, che ancora una volta modelli di servizio e standard organizzativi e assistenziali definiti in maniera eccessivamente rigida finiscano per essere disattesi o all’opposto spazi di declinazione del modello eccessivamente flessibili non contribuiscono a fare emergere vocazioni e posizionamenti distintivi. Nelle progettualità più recenti c’è anche la percezione che i confini tra i servizi forniti dalle nuove strutture territoriali e quelli offerti altrove a livello locale potrebbero confondersi o addirittura sovrapporsi, potenzialmente minando il valore delle nuove realizzazioni (soprattutto nelle aree urbane o a più alta densità d’offerta). In questa prospettiva, alcune configurazioni sembrano riuscire ad affermarsi più di altre o comunque segnalano alcuni punti di attenzione per il consolidamento di questi luoghi (Box 13.3). A differenza del passato, le opportunità derivanti dalle risorse straordinarie del PNRR consentiranno di superare alcuni vincoli di progettazione sicuramente rilevanti nel passato (la natura precedente dell’immobile e la necessità di riconvertire i presidi ospedalieri), ed anche ridisegnare la rete a partire dalle specificità e fabbisogni dei contesti locali.

### Box 13.3 Modelli di servizio e value proposition emergenti

**Walk-in centres:** centri a contenuto sanitario o informativo/di orientamento. In UK sono nati dall'obiettivo di migliorare l'accesso dei pazienti alle cure primarie, essere più aderenti agli stili di vita dei pazienti e offrire loro una scelta più ampia in termini di orario. Dopo un'evoluzione seguita a un lungo dibattito, i centri *walk-in* appartengono oggi alla più ampia tipologia dei *Urgent Treatment Centers*, in cui i pazienti possono accedere alle cure di un medico di famiglia o di un infermiere senza la necessità di registrarsi o di prenotare un appuntamento, sebbene sia sempre consigliato mettersi in contatto attraverso una centrale operativa in modo da decidere con un operatore professionale il migliore *setting* assistenziale. I centri sono aperti per un orario più lungo rispetto alla tipica pratica del medico di base (almeno 12 ore), anche dopo il normale orario di lavoro e nel fine settimana. Le linee guida del NHS per lo sviluppo futuro dei centri prevedono: una maggiore integrazione con gli altri servizi della rete di assistenza, l'erogazione di servizi mirati specificamente a particolari gruppi di pazienti (in particolare fragili), l'erogazione di servizi aggiuntivi e il potenziamento della fornitura di servizi di farmacia o di altre prestazioni sanitarie del sistema pubblico. Le indicazioni più recenti del 2017 sottolineano la necessità di arrivare a configurazioni più attente alle caratteristiche dei bisogni e della domanda delle comunità servite, integrate nella rete d'offerta a livello locale e preferibilmente co-progettate con i principali *stakeholder*. Nel nostro SSN alcune esperienze assimilabili al modello dei *walk-in centres* sono riconducibili alle MGI «potenziate» del Veneto e agli Ambufest del Lazio.

**Retail clinics:** stanno diventando uno dei modelli di assistenza alternativi all'ospedale più diffusi negli USA. Si tratta di strutture ad accesso diretto (analogamente ai centri *walk in*) che offrono trattamenti per le piccole patologie e anche prodotti e servizi per la salute e la prevenzione. La peculiarità è la loro collocazione, tipicamente in centri commerciali o in generale luoghi ad alta frequentazione. Tra i principali driver di diffusione vi è la crescente domanda della popolazione per cure più accessibili (prossimità, orari e convenienza). Le vaccinazioni sono tra le prestazioni più comuni erogate nelle *retail clinic*, ma l'offerta può essere più ampia e includere anche *screening* preventivi e soluzioni di presa in carico e gestione delle malattie croniche a più elevata prevalenza. Le iniziative sono in prevalenza di natura privata come, per esempio, in Italia le Smart Clinic del Gruppo San Donato.

## 13.4 Conclusioni

Lo scopo della presente ricerca era quello di supportare le aziende pubbliche nel mettere meglio a fuoco le diverse ipotesi progettuali che stanno alla base della configurazione dei nuovi presidi territoriali dando adeguato risalto a minacce, opportunità, punti di forza e debolezza. Si tratta, in termini generali, dei perimetri entro i quali dovrebbero essere collocate le scelte di configurazione delle CDS/CDC e su ciò che è possibile immaginare, nei processi attuativi e nei contesti territoriali specifici, per affrontare le principali sfide delineate. Sul piano dell'utilità potenziale di alcuni strumenti e soluzioni, anche e soprattutto in relazione alle migliori lezioni offerte dalle esperienze analizzate, poche obiezioni potrebbero essere sollevate. La loro adozione richiede, tuttavia, un cambio di prospettiva e risorse di attenzione e focalizzazione non sempre disponibili. Le analisi e considerazioni sviluppate nei paragrafi precedenti evidenziano, in particolare, la necessità di guardare alle CDS/CDC (e al loro progetto di sviluppo):

- ▶ ponendo particolare attenzione alla esigenza di definire (e anche mantenere) un disegno unitario per le strutture e i modelli di servizio che compongono nel loro insieme l'offerta territoriale;
- ▶ superando la concezione di CDS/CDC come mero contenitore fisico nel quale le attività si svolgono e che spesso sono identificate con una funzione. La CDS/CDC è da intendersi piuttosto come l'integrazione di una specifica configurazione fisica e di un insieme di servizi che, da una parte, rende possibile l'erogazione delle attività direttamente collegate al soddisfacimento dei bisogni e, dall'altra, le qualifica e le connota, soprattutto nella dimensione della esperienza percepita dai destinatari;
- ▶ adattando (anche dinamicamente) il disegno delle reti, delle strutture e dei modelli di servizio incorporando l'innovazione ed eventuali cambi di scenario.

All'interno di uno spazio logico così definito le possibilità di disegno (o re-design) delle piattaforme territoriali rimangono comunque molto ampie e si moltiplicano considerando, da una parte, le combinazioni possibili di tutte le variabili rilevanti e, dall'altra, le diverse opzioni che possono caratterizzare i processi di attuazione del disegno stesso. In termini più concreti, pur nel pieno rispetto delle indicazioni normative, la concreta configurazione di una specifica CDS/CDC è aperta a diverse possibilità (anche cosa si intenda con tale locuzione). La scelta di una configurazione tra le tante dipende innanzitutto dal disegno generale, ovvero dal bacino di riferimento considerato e dal grado di specializzazione che connota la rete. Nel caso di un'area urbana, per esempio, la scelta del bacino di riferimento può assumere, in termini molto semplificati, almeno tre alternative:

- ▶ l'intera area del comune, eventualmente opportunamente integrata, viene considerata come una singola unità (a questo livello sono assicurati tutti i servizi e assolte le funzioni), scegliendo, a seconda dei servizi e delle funzioni, opportune forme di decentramento;
- ▶ i municipi e/o i quartieri, interpretando la nozione di prossimità anche in senso istituzionale, in questo caso è a livello di municipio che occorre offrire i servizi e assolvere le funzioni, assicurando una dotazione di risorse tendenzialmente omogenea tra le diverse aree;
- ▶ altri ambiti geografici variamente definiti in relazione alla numerosità e alla composizione della popolazione o alla direzione degli spostamenti prevalenti.

Un elemento distintivo delle strutture territoriali, e dell'assistenza territoriale in genere, è la prossimità nella sua accezione prevalentemente, ma non esclusivamente, fisica. Per i prossimi disegni e realizzazioni alcune variabili di progettazione, come la scelta del bacino di riferimento e di localizzazione dei presidi

territoriali, finora trascurate per varie ragioni (tra cui la presenza di strutture esistenti da riconfigurare), andranno precisate. Nei diversi contesti regionali e aziendali si tratterà pertanto di scegliere quale sia la natura e il confine della prossimità considerata.

In prospettiva, inoltre, è difficile pensare a strutture isolate, non inserite in una rete. Il tema del bacino di riferimento si combina dunque con quello della rete e delle sue logiche di specializzazione. In linea di principio è possibile, infatti, pensare a una copertura del bacino prescelto con una o più strutture del tutto simili per dimensione e tipologia di servizi offerti, oppure a una distribuzione dell'insieme di compiti e funzioni da assicurare alla comunità di riferimento su strutture diversificate. La scelta in quest'ultimo caso sarebbe quella di una specializzazione che può svilupparsi lungo direttrici diverse, in termini di vocazione, mix di servizi e bisogni di assistenza.

Nel quadro delle opzioni rese disponibili dai differenti quadri normativi, la stessa configurazione viene poi certamente orientata da un disegno generale relativo all'assetto territoriale, disegno che deve essere sufficientemente definito, ma la cui esatta specificazione potrebbe anche essere il frutto di progressivi processi di apprendimento e adeguamento in itinere. Poiché le infrastrutture fisiche non sono facilmente disponibili e quelle disponibili non sempre sono adattabili rispetto alle esigenze, prescrizioni e disegni devono, infine, inevitabilmente trovare opportuni aggiustamenti rispetto alle disponibilità di infrastrutture fisiche. Se i vincoli strutturali risultano particolarmente stringenti, ciò non significa che non esistono significativi gradi di libertà offerti da condizioni e dinamiche diverse quali: la ricchezza e varietà del patrimonio a disposizione, la molteplicità delle soluzioni a disposizione per raggiungere un certo obiettivo (partnership pubblico-privato, integrazione delle opportunità tecnologiche, ecc.), l'efficienza e rapidità negli interventi sugli immobili. Il punto di partenza è l'inevitabile gradualità che un progetto di costruzione della rete deve avere. Il disegno potrà quindi delinarsi con maggiore precisione in relazione alle esperienze acquisite e alle opportunità di realizzazione che si renderanno via via disponibili. Considerati i tempi fisiologici di un progetto di investimenti di tale portata, quale appunto quello prospettato dal PNRR, la proposta del gruppo di ricerca è quella di disporre di un quadro di riferimento anche non perfettamente definito, ma sufficiente per orientare le decisioni e rendere possibili processi di apprendimento in itinere, anche in relazione alle incertezze strategiche.

Nonostante il focus prevalente di questo lavoro sia essenzialmente rivolto all'analisi delle possibili evoluzioni del modello della CDS/CDC (o di altre configurazioni assimilabili) e delle strategie atte a sostenerlo, due elementi suggeriscono qualche considerazione finale anche sulla questione delle responsabilità connesse alla gestione delle strutture e delle reti territoriali nel loro insieme.

Il primo elemento da considerare è l'esigenza di costruire una rete, come insieme unitario e riconoscibile, di strutture per i sistemi sanitari (siano essi di livello aziendale, regionale o nazionale) e non la messa disposizione di una semplice sommatoria di strutture e servizi di carattere locale. Indipendentemente dalla segmentazione, geografica o di altro tipo, che può essere posta alla base degli assetti istituzionali e organizzativi delle aziende e di quella operativa delle singole strutture, il cittadino dovrà avere la possibilità di ritrovarsi in ogni singolo punto e riconoscere la presenza di un sistema unitario. Pur operando su configurazioni (di strutture territoriali) e quadri normativi diversi, i casi analizzati consentono di cogliere come la prospettiva della *retailization* sia in qualche modo la naturale evoluzione e sistematizzazione di corsi di azione che le regioni e aziende pubbliche stanno intraprendendo.

Il secondo e più complesso elemento da considerare attiene a quelle che potrebbero essere definite come le componenti di base del modello di servizio e che assumono rilievo ai fini della progettazione: (i) le funzioni, (ii) i servizi/prestazioni e le attività e (iii) le piattaforme operative. La chiave di lettura delle funzioni guarda alla distribuzione delle responsabilità in termini di aree di bisogno da soddisfare e di risultati da ottenere, ambiti ai quali possono corrispondere ampi insiemi di attività. La presa in carico dei pazienti cronici o dei fragili è un buon esempio di ciò che qui si intende per funzione. Servizi, prestazioni e attività sono strumentali all'assolvimento della funzione e se per aree ampie tendono a seguire le logiche istituzionali delle funzioni e, in un certo senso, si possono sovrapporre alle funzioni stesse, in alcuni casi possono seguire logiche istituzionali diverse da quelle delle funzioni. Se per esempio consideriamo le visite specialistiche, queste sono indubbiamente una parte rilevante dei percorsi collegati alla cronicità, ma non sempre sono istituzionalmente collocate insieme alle responsabilità sulla presa in carico. Da ultimo bisogna considerare le piattaforme operative, da intendersi come «luogo fisico attivato» e cioè come l'integrazione di una specifica configurazione fisica e di un insieme di servizi. Evidentemente la distinzione tra le tre diverse componenti e i reciproci confini non può essere così nettamente definita. Il punto importante è che la distinzione in questione, nella misura in cui diventa più facilmente identificabile, consenta di articolare meglio le responsabilità sulle nuove strutture e le reti nel loro insieme, senza però costringersi a tenere necessariamente collegate le soluzioni sulle piattaforme con quelle relative alle attività o ai bisogni da soddisfare.

Riconoscere nelle piattaforme una componente autonoma e significativa del servizio offerto (e del bisogno tutelato) spinge piuttosto a porsi il problema della responsabilità delle piattaforme stesse. Le esigenze di specializzazione e coordinamento possono naturalmente trovare risposta in modalità e strumenti diversi rispetto alla gerarchia; tuttavia, l'inserimento in uno stesso perimetro organizzativo di responsabilità e attività, per molti e diversi motivi, rimane in

genere lo strumento più efficace, rappresentando una sorta di «prima scelta» tra le opzioni a disposizione. Il coordinamento inter-aziendale, anche di aziende appartenenti al medesimo «gruppo pubblico» e sottoposte a un governo unitario, richiede un impegno specifico e risorse di attenzione e focalizzazione non sempre disponibili. In concreto, l'attuale separazione organizzativa (e spesso anche istituzionale) alla base degli attuali assetti dell'offerta territoriale è limitata per le seguenti ragioni:

- ▶ l'unitarietà e l'omogeneità della rete difficilmente trova sufficiente tutela in una condizione caratterizzata da pressioni verso «adattamenti locali» in ragione delle specifiche esigenze complessive delle singole realtà aziendali e territori;
- ▶ la numerosità e lo stato attuale delle strutture fisiche nelle quali si erogano servizi territoriali implicano un processo che necessariamente si svolgerà in archi temporali estesi, che rendono il problema dell'unitarietà e omogeneità ancora più acuto.

Esiste dunque la possibilità di separare le responsabilità sulle piattaforme da quelle che attengono alcune attività e funzioni:

- ▶ un certo grado di separazione delle piattaforme dalle attività potrebbe consentire di farle emergere come autonomo contributo e sfruttare le potenzialità che le piattaforme stesse possono offrire ai servizi di tutela della salute;
- ▶ la stessa separazione favorisce il necessario processo di sviluppo delle conoscenze e di progressiva specializzazione in relazione a un ambito relativamente nuovo come quello delle piattaforme operative al servizio della sanità;
- ▶ alla specializzazione sulla gestione delle piattaforme può anche corrispondere la possibilità di una maggiore focalizzazione nella gestione dei professionisti sul core delle loro competenze;
- ▶ le piattaforme, la loro configurazione e le loro modalità di funzionamento possono rappresentare una efficace leva di governo (intervento e controllo) rispetto alla erogazione dei servizi e al soddisfacimento dei bisogni e ciò può avvenire più efficacemente in presenza di una certa separazione.

### 13.5 Bibliografia

- Agenas, Tavolo Tecnico Agenas-Regioni (2021), «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale».
- Abbinante M. M. e Galasso F. (2016), «Dall'Ospedale di Comunità alla Telemedicina» in «Le Case della Salute», Salute e Territorio, dicembre 2016, pp. 1034-1037.

- Boscolo P.R. (2019), *Materiali di lavoro del Workshop OCPS del 01 luglio 2019 «Ambienti fisici e virtuali: tendenze e soluzioni per i consumi privati in sanità»*. Milano: SDA Bocconi.
- Boscolo, P.R., Fenech, L., Rappini, V., Rotolo, A. (2019), «Tecnologia e innovazione nei modelli di servizio in sanità», in *CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2019*, Milano, Egea, pp. 529-575.
- Boscolo, P.R., Giudice L., Mallarini E., Rappini, V. (2020), «Le tecnologie nella gestione dell'emergenza: sviluppo e tenuta delle nuove soluzioni», in *CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2020*, Milano, Egea, pp. 657-712.
- Brambilla A., Maciocco G. (2016), *Le case della salute. Innovazione e buone pratiche*, Roma, Carocci.
- Brambilla A. (2021), «Casa della Comunità al centro del territorio per migliorare l'assistenza di prossimità», *Monitor 45 Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, Anno II Numero 45, AGENAS 2021, pp. 23-26.
- Camera dei Deputati XVIII Legislatura (2021), «Case della Salute ed ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie», *Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale n° 144*, 1 marzo 2021.
- Coglitore G., Costantino R., Vivoli V. (2016), «Dall'awareness all'empowerment di comunità», *Salute e Territorio*, dicembre 2016, pp. 997-1002.
- Campedelli M. (2016), «Note sulle Case della Salute. Tra riorganizzazione (sanitaria), integrazione (socio-sanitaria) e ricomposizione di attori e determinanti di salute», *R&P, Il Pensiero Scientifico Editore*, 33: pp. 63-71.
- C.R.E.A. Sanità – Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (2020), «Case della salute e presidi territoriali di assistenza Lo stato dell'arte», Roma, 23.03.2020.
- Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (2013), «HealthCare retailization: nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario», in *CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2013*, Milano, Egea, pp. 551-574.
- Del Vecchio M., Prenestini A. e Rappini V. (2017), «Le nuove strutture intermedie: modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio», in *CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea, pp. 465-508.
- Department of Health (2013), «Health Building Note 11-01: Facilities for primary and community care services».
- Ipsos MORI and York Health Economics Consortium (2019), «Evaluation of Babylon GP at hand. Final evaluation report». Ipsos MORI Social Research Institute, maggio 2019.
- Nobilio L., Berti E., Fortuna D., Camplone I., Moro M.L. (2019), «Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2010-2016», *Dossier n. 266/2019*, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

- Nobilio L., Berti E., Moro M.L. (2020), «Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019», Dossier n. 269/2020, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.
- Morando V., Prenestini A. e Rappini V. (2017), «Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale», in *CERGAS Bocconi* (a cura di), *Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea, pp. 457-499.
- NHS England (2017), «Urgent Treatment Centres – Principles and Standards».
- Prandi F., Riboldi F. (2016), Riflettendo sulla «Casa della Salute», *R&P, Il Pensiero Scientifico Editore*, 32: pp. 113-125.
- Sturlese V., Ragazzi G., Moro M.L., Nicoli M.A. (2019), «L'esperienza degli utenti nelle Case della Salute. Risultati dell'indagine campionaria regionale. Report conclusivo», Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.