

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definatori, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

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

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di
CERGAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

SDA Bocconi
School of Management

Egea



13 **Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale**

di Verdiana Morando, Anna Prenestini e Valeria Rappini¹

13.1 **Premessa**

Molte regioni e aziende sanitarie stanno sperimentando nuove (o rinnovate) tipologie di strutture sanitarie che si pongono come intermedie tra ospedale e domicilio. Si tratta di nuove configurazioni della «terra di mezzo» che sono proposte dalle regioni per dare una forma compiuta e anche un nome riconoscibile ai piccoli ospedali riconvertiti e/o ai nuovi presidi simbolo dei processi di riassetto di servizi, responsabilità e funzioni della rete territoriale sanitaria e sociosanitaria. Tali strutture possono assumere diverse forme e denominazioni: case della salute (CdS), ospedali di comunità (OSCO), presidi territoriali di assistenza (PTA), centri di assistenza primaria (CAP) presidi ospedalieri territoriali (POT) o altro ancora. I «perimetri del possibile» sono particolarmente ampi in termini di: target di utenza (cronici, occasionali) e gradi di specializzazione; livelli di cure ricompresi (cure primarie, specialistica ambulatoriale, diagnostica, degenze territoriali); ruolo e partecipazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (MMG, PLS) e della professione infermieristica; collegamento o meno con forme di medicina di iniziativa. Sotto «etichette condivise» sono spesso unificati processi di riorganizzazione e obiettivi molto diversificati. I vincoli che vengono dal passato, a partire da quelli di natura fisico-logistica o professionale, si combinano con ulteriori 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 finalizzate alla semplificazione dell'accesso e al miglioramento dell'esperienza di consumo degli utenti) e condizionano assetti e servizi offerti.

¹ Il disegno della ricerca, le analisi e la discussione dei risultati sono frutto di lavoro e riflessioni comuni delle autrici. Tuttavia, a Verdiana Morando sono attribuiti i §§ 13.4.3, 13.4.5, 13.4.6, 13.4.7, ad Anna Prenestini i §§ 13.3, 13.4.1, 13.4.2, 13.4.4, e i restanti a Valeria Rappini. Le autrici ringraziano i direttori generali, sanitari e tutti coloro che hanno collaborato alla compilazione dei questionari sulle Case della Salute, le cui aziende sono riportate in Tabella 13.2 del § 13.4.1.

La letteratura si è finora focalizzata sull'analisi di casi aziendali e/o esperienze regionali mettendo in luce alcune *best practices*, nuovi modelli e percorsi di cambiamento possibili (Del Vecchio, Prenestini, Rappini, 2014; Barsanti, Bonciani, Matarrese, 2015; Prandi, Riboldi, 2016; Brambilla, Maciocco, 2016; Rappini, 2016). Gli studi condotti sino a oggi, tuttavia, forniscono una visione circoscritta del fenomeno, in quanto limitati a pochi casi o a un singolo contesto. A livello di intero SSN, invece, non sono ancora presenti analisi sullo stato di realizzazione e di sviluppo delle diverse tipologie di strutture territoriali. Non per tutte le regioni, inoltre, è disponibile una documentazione di riferimento (legislazione, linee guida, ecc.) o rapporti sullo stato di avanzamento.

In un quadro di crescente ambiguità del significato da attribuire ai termini che designano, con varie connotazioni, le strutture della «terra di mezzo», la precedente ricerca condotta per il Rapporto OASI (Del Vecchio, Prenestini, Rappini, 2016) ha avviato una prima esplorazione su alcune fattispecie di particolare interesse. I casi analizzati (uno in Emilia Romagna, uno in Piemonte, due in Lazio e due in Puglia) sono stati sistematizzati attraverso la definizione di un insieme di dimensioni e criteri utili alla descrizione delle differenti configurazioni. In questo capitolo, il gruppo di ricerca ha inteso proseguire e ampliare l'analisi delle strutture territoriali «tra ospedale e domicilio» promosse nei diversi contesti regionali e aziendali, realizzando un primo censimento qualitativo su tutto il territorio nazionale. A tal fine, in assenza di definizioni e indirizzi nazionali omogenei, sono state necessarie alcune scelte di metodo per costruire il campionamento nazionale e focalizzare l'oggetto di analisi su un'unica fattispecie organizzativa, ossia quelle strutture che possono essere ricondotte alle Case della Salute, anche se presentano differenti denominazioni quali quelle indicate in precedenza. Il censimento nazionale, a partire dall'analisi degli indirizzi di programmazione adottati a livello nazionale e regionale, mira pertanto a valutare il grado di convergenza delle soluzioni e i modelli organizzativi, professionali e le formule di servizio implementate dalle aziende.

Nel successivo paragrafo (§ 13.2) si fornisce un approfondimento documentale sul tema delle CdS (o strutture simili con diversa denominazione) per i differenti quadri regionali e, dopo un approfondimento sugli obiettivi e metodologia della ricerca (§ 13.3), si descrive il campione analizzato attraverso la *survey* e si espongono i principali risultati per le dimensioni oggetto di indagine (§ 13.4). In conclusione (§ 13.5) sono discusse le principali evidenze della ricerca e alcune osservazioni di policy e management per lo sviluppo delle CdS.

13.2 Lo stato dell'arte: lo sviluppo delle Case della Salute (e strutture simili) nella normativa nazionale e regionale

Nel 2007, il Ministro Livia Turco riprende l'idea della Casa della Salute dell'Assessore della Regione Toscana Bruno Benigni, come strumento per rilanciare le

cure primarie e l'organizzazione dei servizi sociosanitari nel territorio (una «casa» che «non doveva essere metaforica» ma «reale e tangibile, con le sue fondamenta e il suo tetto»). La proposta (Decreto del Ministero della Salute del 10 Luglio 2007, attuativo della Legge 27 Dicembre 2006 n. 296), prevedeva la possibilità della «sperimentazione del modello assistenziale Case della Salute» stanziando un fondo di 10 milioni di euro. Al decreto era allegato un documento (Allegato A) che conteneva la definizione della struttura: «La Casa della Salute, struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie». Tra l'elenco delle caratteristiche della struttura al primo posto si leggeva: «All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei medici di medicina generale e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in *team* con i medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale».

Da allora, diverse Regioni hanno messo in atto, seppure in modo diverso, le indicazioni nazionali, prima in via sperimentale e poi, in alcune realtà, in via definitiva (Tab. 13.1). In due regioni, in particolare, il modello della CdS è da tempo parte integrante della programmazione regionale ed è ampiamente diffuso: l'Emilia Romagna e la Toscana.

Nella Regione Emilia Romagna il modello della CdS è stato centrale nel portare a compimento il processo di innovazione del sistema delle cure primarie e alcuni processi di riconfigurazione di piccoli ospedali (Del Vecchio, Prenestini, Rappini, 2014). Dalle prime indicazioni normative del 2010 (D.G.R. 291/2010) ad oggi il numero di CdS è quasi raddoppiato (da 42 CdS nel 2011 a 84 CdS nel 2016) e ulteriori 38 sono programmate per i prossimi anni. Le nuove linee guida (D.G.R. 2128/2016) sistematizzano le «buone prassi» maturate nei singoli territori, sottolineando il passaggio da una prima fase che potrebbe definirsi «strutturalista» – o, in altri termini, «di maggiore attenzione al luogo, all'*hardware*, più che al modo di funzionamento, al *software*» – a quella attuale, in cui l'accento si sposta, appunto, sull'organizzazione e i suoi meccanismi. Le nuove direttrici di sviluppo sono rappresentate dal rafforzamento della partecipazione della comunità locale (pazienti, *caregiver*, associazioni di pazienti e di volontariato, fino ai singoli cittadini) e dall'integrazione e dal coordinamento delle attività della CdS e della medicina d'iniziativa. In particolare, le nuove indicazioni regionali individuano per le CdS diversi gradi di complessità assistenziale (definibile come «basso», riferito al 40% delle Case della Salute, e «medio/alto», riferito al 60%) a cui corrispondono soluzioni diverse, in funzione dei bisogni della popolazione e delle caratteristiche del territorio. Va qui sottolineato che la nuova distinzione introdotta (per diversi livelli di complessità assistenziale) non è strettamente riconducibile alla originaria classificazione contenuta nelle

indicazioni regionali del 2010 (che distinguevano, invece, in CdS piccola, media, grande). Con tale classificazione, la Regione non intende quindi solo l'insieme dei servizi e delle funzioni presenti nella CdS, ma piuttosto il livello di coordinamento e di integrazione che è necessario raggiungere tra queste. In particolare, per la CdS a «media/alta» complessità assistenziale, è prevista la formalizzazione di un coordinamento organizzativo e clinico-assistenziale. Il coordinamento organizzativo dovrebbe essere garantito da un responsabile, preferibilmente un coordinatore infermieristico e tecnico, e da un *board*, composto da tutti gli attori coinvolti nella CdS. Il coordinamento clinico-assistenziale, invece, dovrebbe essere garantito da referenti con il compito di presidiare le funzioni di governo clinico delle diverse aree di intervento proprie della CdS: (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. Il nuovo quadro di riferimento regionale si caratterizza, inoltre, per l'identificazione, rispetto ad alcuni ambiti distrettuali, di una rete integrata di CdS, in forma simile al modello organizzativo *hub&spoke*, già utilizzato per l'assistenza ospedaliera. Questo modello prevede la presenza di CdS a bassa complessità distribuite capillarmente nel territorio aventi come riferimento CdS a media/alta complessità.

In Toscana, le CdS hanno avuto uno sviluppo meno pianificato e regolato rispetto all'Emilia-Romagna. Il primo atto formale risale a febbraio 2008, quando la Giunta regionale approva i progetti pilota per la sperimentazione del «modello assistenziale Case della Salute» (D.G.R. 139/2008). In un successivo documento (D.G.R. 1231/2013) si prevede, a regime, la presenza di una CdS per ogni Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) – così come definite nella norma nazionale nota come «decreto Balduzzi» che introduce anche le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) (Legge n. 189 del 8 novembre 2013)² –, ovvero 115 per l'intero territorio regionale. Solo nel 2015, tuttavia, vengono emanate le linee d'indirizzo regionali (D.G.R. 117/2015), contenenti gli standard e i requisiti delle differenti tipologie di CdS (base, standard e complessa, in funzione dei servizi erogati e degli orari di apertura previsti). La prima esperienza di CdS è presente in Toscana dal 2006 e altre quattro vengono aperte negli anni 2008-2009, il fenomeno comincia a consolidarsi dopo il 2010 e raggiunge una maggiore rilevanza in questi ultimi anni (oltre il 50% delle CdS attualmente presenti sono state aperte nel 2013 e 2014). L'ultimo aggiornamento della mappatura regionale mette in evidenza, all'inizio di gennaio 2016, la

² Come osserva Gavino Maciocco (Brambilla, Maciocco, 2016) «è singolare che il ministro della Salute Renato Balduzzi riferendosi alla sede delle UCCP parli di poliambulatori territoriali e non faccia cenno alle CdS, previste da un precedente ministro della Salute, Livia Turco». Anche questo – la mancanza di un filo comune – contribuisce a definire un quadro frammentario a livello nazionale.

presenza di ben 52 CdS (Barsanti, Bonciani, 2017). La loro distribuzione nelle zone-distretto è molto diversificata e interessa prevalentemente territori rurali e città di medio-piccole dimensioni, mentre non sono ancora presenti CdS nelle grandi città. Sebbene la stessa Regione rilevi che poco più della metà dei MMG pratici il *Chronic Care Model* (CCM) in tutte le CdS del territorio è effettuata la sanità d'iniziativa o la si sta attuando (Brambilla, Maciocco, 2016). L'allineamento tra le due progettualità regionali (CdS e CCM) è molto stretta. In analogia a quanto avvenuto in Emilia Romagna, infatti, l'affermazione del modello di CdS si collega sia all'investimento in soluzioni organizzative per il territorio (a partire dal primo programma di sperimentazione del nuovo modello di cure primarie previsto nel D.G.R. 1204/2003) sia, più recentemente, al progetto di sanità d'iniziativa (avviato con il PSR 2008-2010) che si completa con il piano di formazione del personale (che ha coinvolto circa 1.000 MMG e 200 infermieri), la definizione da parte del Consiglio sanitario regionale delle linee guida dei PDTA per le cinque patologie croniche oggetto del programma (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, BPCO, ipertensione) e, infine, l'accordo con i sindacati dei MMG (D.G.R. 467/2009).

In altre regioni, diversamente da Emilia Romagna e Toscana, il modello della CdS non ha ancora superato la fase critica di impianto, è «in sperimentazione» o rappresenta un'evoluzione relativamente recente.

In Lazio, per esempio, le prime indicazioni sono contenute nel documento allegato al DCA n. 428 del 2013 («Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali, di cui al DCA n. 206/2013, riguardo all'organizzazione delle Case della salute») in cui la Regione propone alle direzioni generali «un nuovo modello» di riferimento, la CdS appunto, che «riassume» le diverse tipologie di strutture introdotte in normative precedenti (Centri Clinici Assistenziali Distrettuali, Presidi Territoriali di Prossimità e gli Ospedali distrettuali). Il procedimento di attivazione prevede che siano le stesse direzioni generali delle aziende a presentare la domanda di istituzione a fronte della quale la regione si impegna, previa valutazione di congruità, a finanziare eventuali interventi di natura edilizia o tecnologica (Figorilli, Colombo, 2016). In una prima fase, fino al 2015, la priorità è stata data dalla riconversione di piccoli ospedali.

In Piemonte, nel corso del 2017, è stata avviata «una nuova fase sperimentale» (D.G.R. 3-4287/2016) nella quale i modelli esistenti e quelli in via di sviluppo – sperimentazioni di CdS confluite successivamente nella configurazione delle medicine di gruppo (GCP), Centri di Assistenza Primaria (CAP) e Ospedali di comunità (OSCO) – sono ricondotti alla comune denominazione di CdS. Un investimento da parte della Regione, in compartecipazione con le ASL, dovrebbe permettere la realizzazione o il potenziamento di un totale di 66 CdS su tutto il territorio regionale nel triennio 2017-2019, di cui 34 sono già attive.

Ulteriori sviluppi sul modello della CdS sono previsti per la Liguria (le CdS sono contemplate dal nuovo PSSR e nella riforma del SSR del 2016), in Molise e Sardegna (dove sono in fase di start up le prime CdS) e nella peculiare organizzazione territoriale dell'Umbria (le CdS dovrebbero rappresentare una possibile evoluzione e/o potenziamento dei «Centri di Salute» istituiti con il PSR 1995-96). In Abruzzo (dove sono presenti 5 PTA originati dalla riconversione di piccoli ospedali) il tema è molto dibattuto anche se non ha finora prodotto specifici riferimenti normativi, mentre in altre Regioni, come nelle Marche, il modello delle CdS è stato oggetto di recente revisione (con D.G.R. 139/2016 tutte le CDS con posti letto sono state riqualificate come «Ospedali di comunità»). In Calabria, infine, che ha scelto la strada della sperimentazione, il «meta modello progettuale» definito nel 2009 (D.G.R. 740/2009) è in corso di realizzazione in 3 realtà rappresentative.

In aggiunta alla CdS – che rappresenta la forma più diffusa e anche quella verso cui sembrano convergere la maggior parte delle regioni (Tab. 13.1) – altre strutture stanno emergendo sull'ampia varietà di sedi e luoghi diffusi sul territorio. Sebbene sia ancora difficile ricondurre a modelli univoci le varie realtà in formazione (stante l'indeterminatezza delle proposizioni regionali), è comunque possibile riconoscere alcune tipologie di particolare interesse che, almeno nei disegni regionali, sembrano convergere verso un modello «sostanziale» di CdS.

Una prima fattispecie è quella riferibile ai Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) della Regione Puglia, fattispecie che è stata centrale nella riorganizzazione della rete di assistenza territoriale e ha finora interessato i 27 presidi ospedalieri che tra il 2010 e il 2013 sono stati dismessi per effetto del riordino della rete ospedaliera imposto dal Piano di Rientro (Abbinante, Gorgoni, Narracci, 2016). Nell'ambito dei PTA trovano collocazione le «degenze territoriali» tra cui, in particolare, l'Ospedale di comunità e le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) di tipologia R1 (che erogano prestazioni a pazienti gravemente non autosufficienti) e un'ampia gamma di «Servizi Socio Sanitari» (accesso unico alle cure, attività mediche di base e di specialistica ambulatoriale, assistenza materno infantile, prevenzione, punto di primo intervento, postazione 118, salute mentale, dipendenze patologiche, riabilitazione e, infine, alcuni servizi a gestione ospedaliera come i posti rene).

La stessa denominazione (PTA) è utilizzata anche in Sicilia per identificare il perno della riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Nel caso della Sicilia, tali strutture (introdotte dall'art. 12 c.8 della L.R. n. 5/2009 di riordino del SSR e configurate nei loro elementi dalle linee guida del marzo 2010) integrano in un'unica piattaforma comune un insieme ampio di servizi di assistenza (medica e pediatrica di base, specialistica extra ospedaliera, domiciliare preventiva, consultoriale, farmaceutica e integrativa e sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale). La relazione sullo stato del SSR realizzata nel

2015 (D.G.R. 120/2015) analizza i 52 PTA della Sicilia mettendo in luce una realtà che, anche se ancora *in progress*, sta convergendo verso il modello e i temi propri della CdS (medicina di prossimità, presa in carico della cronicità e collegamento funzionale con il sistema delle cure primarie).

Ulteriori e diverse denominazioni sono usate anche in Campania e Lombardia per definire le nuove strutture territoriali che accompagnano i processi di riassetto istituzionale e organizzativo dei SSR.

Nel caso della Campania, il Decreto commissariale, in corso di approvazione, prevede gli Ospedali di comunità (OSCO) e le Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS) che dovrebbero configurarsi come «vere e proprie nuove strutture da aprire sul territorio (sfruttando le dismissioni preventivate dal Piano ospedaliero) delle varie ASL e su cui ricadrà il primo livello assistenziale del servizio sanitario». Il progetto regionale annuncia l'attivazione di 10 OSCO (gestiti da medici di famiglia e infermieri dedicati a pazienti cronici e anziani) e di 11 SPS da ubicare in ospedali in dismissione. In forma analoga a quanto previsto per le diverse configurazioni oggetto del presente studio, anche le SPS – «presidi strategici del Distretto sanitario» – dovranno «ospitare» le diverse funzioni e servizi territoriali (UCCP, postazioni del 118, Punti di Primo Intervento, Ospedali di Comunità, RSA per anziani o disabili, centri per le cure palliative, hospice, centri per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, altri servizi per cronici, ecc.).

In Lombardia, a seguito della L.R. di riordino del SSR (L.R. 25/2015) sono state definite due tipologie di strutture assimilabili alle CdS: (i) i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), ossia strutture fisiche multiservizio che erogano prestazioni prettamente residenziali a carattere sanitario e sociosanitario di media e bassa intensità per pazienti acuti e cronici, nonché di prestazioni ambulatoriali e domiciliari se le peculiarità territoriali lo richiedono; (ii) i PreSST (Presidi Socio Sanitari Territoriali) che costituiscono una modalità organizzativa e uno strumento di connessione con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale, concorrendo alla presa in carico della persona e della fragilità. Sui PreSST le modalità attuative possono essere molto differenziate, sia per tipologia di servizi sia come identificazione univoca della sede di erogazione. È inoltre utile da rilevare, per questa Regione, la possibilità di forme private e/o di partnership pubblico-privato nella realizzazione dei PreSST (Sarchi, 2016).

Più complessa, infine, è la situazione in altre regioni, come nel Veneto, dove convivono diverse progettualità collegate alla medicina di gruppo (Medicina di Gruppo Integrata) o ad altre tipologie di strutture frutto di processi di riconversione di ospedali (Centri Sanitari Polifunzionali). Nel PSSR 2012-2016 della Regione Veneto (ora rinnovato per il 2017) non sono previste le CdS, ma un rafforzamento del distretto e dell'esperienza della medicina di gruppo.

Tabella 13.1 **Le CdS (o altre strutture «fische» assimilabili con diversa denominazione) nei quadri normativi regionali.**

Regione	Linea guida o altri riferimenti normativi	Modelli «deliberati»	Mappatura (stato di avanzamento)
Abruzzo	Decreto del Commissario ad acta n. 45 del 5/8/2010 e n. 9 del 22/03/2011 «Approvazione dei provvedimenti tecnici attuativi del Programma Operativo 2010» Decreto del Commissario ad acta n. 57 del 11/06/2016 «Progetto sperimentale «studi aperti», finalizzato alla nascita delle Case della Salute – UCCP»	Presidi Territoriali di Assistenza H24 (PTA) con funzioni di Punti di Primo Intervento (PPI) in cui trovano collocazione ambulatori specialistici e dedicati alla riabilitazione, laboratori analisi, postazioni del 118 e lo sportello CUP	5 PTA (derivanti dalla riconversione di ospedali) identificati quali sedi delle forme sperimentali di associazionismo dei MMG/PLS e degli Ospedali di comunità.
Basilicata	Legge Regionale n. 2 del 12 gennaio 2017 «Riordino del Sistema Sanitario di Basilicata»	Presidi ospedalieri Distrettuali (PD) per la presa in carico dei pazienti cronici o che versano in condizioni di fragilità	3 Presidi ospedalieri Distrettuali (PD)
Calabria	D.G.R. n. 740 del 09/11/2009 «Approvazione del modello meta progettuale per le Case della Salute» D.G.R. n. 185 del 04/12/2012 «Linea guida Regione Calabria - Modello Organizzativo e percorso di attuazione delle Case della Salute»	Il modello di CdS prevede l'aggregazione dei servizi che presentano elementi di contiguità e complementarietà operativa in 5 Aree Funzionali Omogenee: (i) Servizi generali e amministrativi; (ii) Accoglienza, accesso e segreteria sociale; (iii) Servizi Sanitari; (iv) Servizi Socio Sanitari; (v) Servizi e attività sociali	3 CdS
Campania	Decreto commissariale in approvazione	Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS), Ospedali di Comunità (OSCO)	Previsti 10 OSCO (1 solo già attivo) e 11 SPS da ubicare negli ospedali in dismissione
Emilia Romagna	DGR n. 291 del 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 medicina d'iniziativa»	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	84 CdS attualmente funzionanti (40% a «bassa» e 60% a «medio/alta» complessità) e ulteriori 38 CdS in programmazione.
Friuli Venezia Giulia	Legge N° 17 del 16/10/2014 «Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e socio-sanitaria»	Presidi Ospedalieri per la Salute (POPS)	Identificate 4 strutture ospedaliere oggetto di riconversione in POPS

Tabella 13.1 (segue)

Regione	Linea guida o altri riferimenti normativi	Modelli «deliberati»	Mappatura (stato di avanzamento)
Lazio	DCA n. 40/2014 «Approvazione dei documenti relativi al percorso attuativo, allo schema di intesa e ai requisiti minimi delle Case della Salute» DCA n. 380/2014 «Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione. Approvazione dello schema d'intesa»	Modello «modulare» di CDS con funzioni di base (area dell'assistenza primaria e area pubblica) e moduli funzionali aggiuntivi (cure intermedie a gestione infermieristica, centri territoriali per le demenze, centri antiviolenza, attività fisica adattata, Punti di Primo Intervento, ecc.)	13 CdS (la prima è stata inaugurata nel 2014 e 3 nell'ultimo anno)
Liguria	D. G.R. n. 1717 del 27/12/2013 «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»	Le CdS di «grandi dimensioni» dovrebbero 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 ed, eventualmente, Punto di Primo Intervento (PPI), automedicina del 118 e Ospedale di comunità (OSCO).	n.d.
Lombardia	L.R. n. 23 del 11/08/2015 «Evoluzione del sistema socio-sanitario 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)»	I Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) sono gestiti direttamente dalle ASST o anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati.	n.d.
Marche	DGR n. 452 del 14/04/2014 «Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute» DGR n. 139 del 22/02/2016 «Adeguamento delle Case della Salute di tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità»	CdS e CdS di tipo C (ridefinite come Ospedali di comunità)	13 CdS/Ospedali di comunità menzionati nel DGR 139/2016
Molise	DCA n. 18 del 28 febbraio 2017 - «Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimenti 1.3.3. «Potenziamento delle Cure Primarie ed attivazione Case della Salute». Funzionamento Case della Salute. Atto di indirizzo»	CdS con funzioni base (modello base) e moduli funzionali aggiuntivi (modello complesso)	1 CdS inaugurata a giugno 2017, 2 di prossima attivazione e ulteriori 10 in programma

Tabella 13.1 (segue)

Regione	Linea guida o altri riferimenti normativi	Modelli «deliberati»	Mappatura (stato di avanzamento)
PA. Bolzano-Alto Adige	Piano Sanitario Provinciale dell'Alto Adige 2016-2020 (delibera provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016)	I Centri di Assistenza Sanitaria e Sociale (CASS) sono «strutture specializzate in promozione della salute, prevenzione e assistenza di persone affette da malattie croniche, non autosufficienza, multimorbilità o problemi multipli in campo sociale e sanitario, e che necessitano di un'assistenza integrata e interdisciplinare»	n. d.
Piemonte	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»	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 singoli ambulatori MMG/PLS; (iii) misto, con la concentrazione di alcuni servizi e raccordi funzionali.	66 progetti di CdS avviati nel 2017 (di cui 34 già in corso)
Puglia	Regolamento Regionale n. 14 del 4/6/2015 «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»	All'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) sono collocate le funzioni di «Degenze Territoriale» (tra cui l'Ospedale di comunità e le RSA di tipo 1) e un'ampia gamma di «Servizi Sanitari e Socio Sanitari»	27 PTA derivanti dalla riconversione di ospedali (ulteriori 4 sono previsti nella programmazione regionale)
Sardegna	D.G.R. n. 32/10 del 04/06/2008 «Programma regionale Casa della Salute» D.G.R. n. 60/2 del 21/2/2015 «Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie» D.G.R. n. 17/14 del 04/04/2017 «POR FESR 2014-2020. Programmazione integrata interventi in ambito sanitario»	Le CdS (e altre strutture di offerta come i Presidi o Centri di Salute Territoriali) sono «luoghi di offerta del Modello delle Cure Primarie, basate su percorsi assistenziali definiti dai professionisti finalizzati allo sviluppo della Medicina d'Iniziativa».	2 CdS in corso di attivazione e ulteriori 9 previste nella programmazione regionale.
Sicilia	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 14/05/2015 «Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Regionale - Anni 2013 e 2014»	I PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) integrano 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 semiresidenziale.	52 PTA rilevati nel 2015 derivanti da rifunionalizzazione di strutture ospedaliere (n. 24) o di strutture territoriali già esistenti (n. 28).

Tabella 13.1 (segue)

Regione	Linea guida o altri riferimenti normativi	Modelli «deliberati»	Mappatura (stato di avanzamento)
Toscana	D.G.R. n. 117 del 16 febbraio 2015 «Approvazione delle linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute»	CdS base, standard e complessa in funzione delle attività e servizi presenti e degli orari e giorni di apertura previsti. Il modello base prevede alcuni servizi minimi (accoglienza, CUP, MMG, attività infermieristica, diagnostica di I° livello e attività di telemedicina, la presenza di personale sociale e almeno un'attività di medicina d'iniziativa, vaccinazioni o prevenzione) e l'apertura di 7 ore per 5 giorni alla settimana.	52 CdS (la prima CdS, La Rosa, è stata aperta nel 2006 e oltre il 50% delle CdS è stata inaugurata nel periodo 2013-2014)
Umbria	Piano Sanitario Regionale 2009-2011 (D.G.R. n. 298/2009)	Le CdS rappresentano una possibile evoluzione e opportunità di potenziamento dei «Centri di Salute» (indirizzati allo svolgimento delle attività considerate ad elevato grado di decentrabilità)	2 CdS rilevate nel 2015 e 36 Centri di Salute
Veneto	DGR n. 2556 del 29/12/2011 «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 15/04/2014 «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» Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. n. 23 del 29/06/2012)	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 avviati nel corso degli anni di modelli organizzativi per le cure primarie.	Esistono alcune CdS originate dall'esperienza di Medichine di Gruppo Integrate (MG) e diversi Centri Sanitari Polifunzionali (CPS) frutto di riconversione di ospedali.

13.3 Obiettivi e metodologia della ricerca

Come indicato nella premessa di questo capitolo, sinora la letteratura si era concentrata su analisi di singoli casi particolarmente significativi o di *best practices* per evidenziarne i percorsi di sviluppo strategico e operativo. Oggi appare rilevante analizzare quanto il modello della CdS si sia diffuso nei Servizi Sanitari Regionali (SSR) e con quali denominazioni, forme organizzative, responsabilità professionali e modelli di servizio.

Il principale obiettivo che si è posto questo studio è stato, quindi, quello di analizzare grado di diffusione e sviluppo delle CdS (o di simili strutture ma con diversa denominazione) nei SSR. Per conseguire tale obiettivo è stato effettuato un censimento tramite questionario, inviato a tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche territoriali del SSN.

Nello specifico, quattro sono state le fasi previste dal disegno della ricerca.

La prima fase ha condotto alla necessità di stabilire una definizione di CdS che ne delineasse i caratteri fondamentali e garantisse ai destinatari dello studio di poter distinguere l'oggetto della ricerca (CdS) rispetto a tutte le altre tipologie di strutture «tra ospedale e domicilio» presenti nei SSR. Le CdS prese in considerazione sono state pertanto quelle «strutture “fisiche” dell'azienda in cui convivono diversi professionisti, sono erogate più attività, specialità e sono presenti diverse funzioni territoriali». In particolare, con tale definizione si è inteso delimitare il campo a quelle strutture in cui sono presenti i seguenti due elementi:

- ▶ fisicità, intesa come unico luogo fisico/edificio in cui sono verticalmente integrati diversi servizi;
- ▶ modello di offerta caratterizzato – al minimo – dall'integrazione tra cure primarie e altri servizi sanitari. In maniera opzionale e complementare possono essere presenti altri servizi quali assistenza sociale, materno-infantile, dipendenze, area della prevenzione, salute mentale, servizi di degenza territoriale, ecc.

La seconda fase della ricerca, a partire dall'analisi della normativa e delle esperienze di CdS riportate nella letteratura nazionale, ha condotto alla costruzione del questionario utilizzato per il censimento. Il questionario è stato strutturato in quattro sezioni:

- ▶ la prima richiedeva informazioni generali sull'azienda, sul numero di CdS presenti e sulla singola struttura per la quale si compilava il questionario (se-
de, popolazione servita, caratteristiche della struttura, ecc.);
- ▶ nella seconda si chiedeva di dettagliare le linee di attività e i servizi presenti nella struttura (cure primarie, servizi sanitari, sociosanitari e sociali, prevenzione, medicina di iniziativa e PDTA, aree di degenza, ecc.);
- ▶ nella terza era richiesta una ricognizione della tipologia e numerosità di professionisti che operano nella CdS;

- nella quarta parte, infine, si intendeva approfondire le percezioni dei compilatori in merito al grado di raggiungimento di diversi obiettivi di risultato grazie all'implementazione delle CdS e le eventuali criticità che si fossero manifestate nell'attuazione.

Le domande della *survey* sono state inviate, per una verifica, ad alcuni studiosi ed esperti di CdS e – grazie ai loro suggerimenti – si è arrivati alla definizione della versione definitiva. Per la *survey* è stato utilizzato il *software* Qualtrics.

La terza fase ha previsto l'invio di un'e-mail a tutti i direttori generali e sanitari delle 120 Aziende Sanitarie territoriali presenti nei SSR al momento della somministrazione del questionario (ASL e AUSL, ASST, ASP, ATS-Azienda Tutela Salute della Sardegna, AULSS) per richiedere la partecipazione dell'azienda al censimento. Tale e-mail presentava la ricerca, riportava le principali istruzioni per la compilazione e il link al questionario su Qualtrics. Alle Aziende riceventi era richiesto di compilare un questionario per ciascuna delle CdS (o strutture simili, con denominazione diversa) attivate. Sono state escluse le CdS in programmazione e non ancora attivate al momento della compilazione del questionario. L'invio delle e-mail è stato effettuato a partire da fine aprile 2017, la compilazione dei questionari si è conclusa a fine giugno ed è stato effettuato almeno un *recall*.

La quarta fase, svoltasi nel mese di luglio, è stata suddivisa in tre momenti:

- la verifica del *database* complessivo risultante dalla compilazione dei questionari;
- l'analisi delle risposte al questionario, in particolare quelle «aperte», per sistematizzare e ricondurre a categorie condivise i fenomeni descritti dalle aziende compilatrici;
- l'analisi e la discussione dei risultati, in modo da evidenziare le possibili interrelazioni tra fenomeni, servizi e le altre variabili descrittive considerate nell'analisi.

La parte di verifica del *database* del censimento merita un approfondimento specifico in quanto ha condotto ad avere 174 questionari utilizzabili, a partire dai 203 ricevuti.

Innanzitutto, sono stati eliminati quei questionari che mostravano un grado di compilazione inferiore all'80% (percentuale minima di compilazione correlata ad un questionario rispondente ai requisiti minimi informativi definiti dalle autrici) e i questionari doppi (ossia compilati due volte per la stessa CdS). Inoltre, in alcuni casi, sulla base delle prime informazioni fornite (azienda, denominazione e numero di CdS) si è effettuata un'analisi delle corrispondenze sui siti aziendali per evidenziare possibili errori di compilazione. A seguito di queste verifiche sono stati eliminati 23 questionari.

In secondo luogo, per ogni struttura è stata effettuata una verifica di rispondenza alla definizione di CdS delineata dalle autrici. Sono state, quindi, eliminate dall'analisi le 6 strutture le cui caratteristiche non corrispondevano, a parere di chi scrive, alla definizione di CdS adottata. Si tratta, in particolare, delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI) della Regione Veneto (presenti nelle AULSS Serenissima e AULSS Scaligera) che, sebbene siano state «percepite» dagli intervistati come rispondenti alla definizione fornita nel questionario, prevedevano la sola presenza dei MMG. Sono, invece, stati ritenuti validi i questionari relativi sempre alle MGI delle stesse aziende venete ove, oltre alla presenza dei MMG, è stata verificata anche la presenza di almeno un'altra attività, servizio o funzione territoriale. I risultati delle analisi sui 174 questionari validi sono riportati nel successivo paragrafo.

13.4 I risultati del censimento

13.4.1 Il campione d'analisi

Delle 120 Aziende Sanitarie territoriali cui è stato mandato l'invito a partecipare al censimento (corrispondenti all'intero universo nazionale) hanno risposto in modo esaustivo 44 aziende. 8 di queste aziende hanno indicato esplicitamente, come richiedeva il questionario, di non avere CdS attivate al momento di compilazione della *survey*. L'analisi dei risultati relativi alle caratteristiche delle CdS sarà, quindi, effettuata su 166 questionari.

Il campione d'analisi è distribuito su tutto il SSN ad eccezione di 6 SSR (Abruzzo, Marche, Molise, Provincia Autonoma di Trento, Sardegna e Val D'Aosta). Come evidenziato nel par. 13.2, le strutture attivate in alcune di queste regioni potrebbero non corrispondere pienamente alla definizione adottata, mentre in altri casi le CdS sono in via di attivazione (per esempio, Sardegna) o l'implementazione del modello e il coinvolgimento dei professionisti sono ancora oggetto di discussione all'interno del SSR (per esempio, Abruzzo). Tali motivazioni hanno costituito, probabilmente, un deterrente alla partecipazione al censimento.

La Tabella 13.2 riporta un quadro sintetico delle regioni e delle aziende che hanno aderito al censimento, il tasso di risposta aziendale per regione e la copertura della rilevazione rispetto alle CdS dichiarate da ciascuna delle aziende rispondenti (numero questionari compilati – la richiesta era di compilare un questionario per ogni CdS – rispetto al numero di strutture dichiarate). Come si evince dalla Tabella 13.2, le regioni italiane che hanno più investito sullo sviluppo delle CdS negli scorsi anni e vedono la presenza di un numero di strutture di gran lunga superiore a quello degli altri SSR, sono anche quelle che hanno risposto in numero maggiore al censimento: per l'Emilia Romagna ha partecipato il 75% delle AUSL presenti in regione con tassi di copertura della rilevazione per ciascu-

Tabella 13.2 **Adesione al censimento e campione d'analisi**

Regione	N° Aziende rispondenti	% su Aziende della Regione	Aziende rispondenti	N° strutture analizzate	% compilazione (su strutture dichiarate)	Tipologia struttura
Basilicata	1	50	Azienda Sanitaria Potenza	3	100	PD
Calabria	2	40	Azienda Sanitaria Potenza ASP Crotona	1 Nessuna	100 Nessuna	CDS
Campania	1	14	ASL Caserta	1	100	OSCO
Emilia Romagna	6	75	AUSL Bologna	10	100	
			AUSL della Romagna	21	100	
			AUSL Ferrara	6	100	
			AUSL Modena	11	100	
			AUSL Parma	17	100	
			AUSL Reggio Emilia	9	82	
Friuli Venezia Giulia	1	20	AAS 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	1	100	POS
Lazio	4	40	ASL Rieti	1	100	
			ASL Roma 1	2	100	
			ASL Roma 2	1	100	
			ASL Roma 4	1	100	
Liguria	1	20	ASL 4 Chiavarese	1	100	CDS
			ASST Bergamo Est	1	100	POT
			ASST Crema	Nessuna	Nessuna	
			ASST Cremona	1	100	POT
			ASST degli Spedali Civili di Brescia	Nessuna	Nessuna	
			ASST del Garda	Nessuna	Nessuna	
Lombardia	9	33	ASST della Valle Olona	Nessuna	Nessuna	
			ASST Lodi	1	100	POT
			ASST Melegnano e della Martesana	5	100	CSSI, PRESST, POT
			ASST Rhodense	1	100	POT

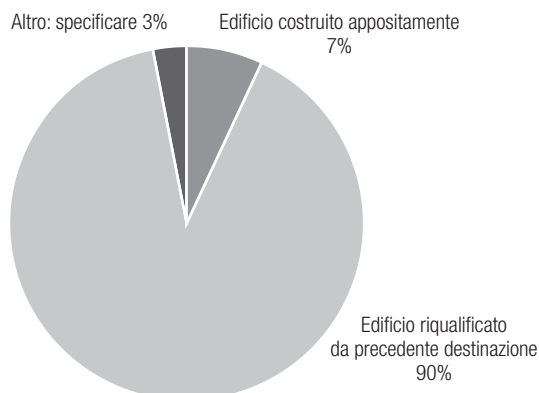
Tabella 13.2 (segue)

Regione	N° Aziende rispondenti	% su Aziende della Regione	Aziende rispondenti	N° strutture analizzate	% compilazione (su strutture dichiarate)	Tipologia struttura
Piemonte	6	50	ASL Alessandria	6	100	CDS
			ASL Città di Torino	Nessuna	Nessuna	
			ASL CN2 Alba-Bra	1	100	GCP avanzati
			ASL Novara	3	100	CDS
			ASL T03	5	100	GCP avanzati, CDS
P.A. di Bolzano	1	100	ASL T04	2	100	CAP, CDS
			Azienda Sanitaria dell'Alto Adige	1	100	CDS
Puglia	2	33	ASL Bari	4	80	PTA
			ASL Taranto	2	100	
Sardegna	1	100	ATS Sardegna	Nessuna	Nessuna	CDS
			ASP Catania	1	13	
Sicilia	4	44	ASP Enna	1	25	PTA
			ASP Ragusa	3	100	
			ASP Siracusa	6	100	
			AUSL Toscana Nord Ovest	8	100	
Toscana	2	67	AUSL Toscana Sud Est	19	100	CDS
Umbria	1	50	USL Umbria 2	1	100	CDS
			AULSS 9 Scalligera	5	100	MGI avanzate, CSP
Veneto	2	22	AULSS 3 Serenissima	3	100	MGI avanzate
			Totale	44	37	166

na azienda che si attestano al 100% ad eccezione di un caso (82%); per la Toscana hanno risposto 2 AUSL su 3, con un tasso di risposta sulle CdS attivate pari al 100% in entrambe le aziende. Meno rappresentati nel campione (rispetto all'universo di riferimento) sono i PTA di Puglia (5 su complessivi 27) e Sicilia (11 su un totale di almeno 52). Per le restanti regioni la numerosità del campione riflette sostanzialmente il dato reale. La percentuale di copertura dell'universo stimato (circa 350 strutture a giugno 2017) raggiunge complessivamente quasi il 50%.

Altro elemento interessante da sottolineare è che la denominazione delle strutture varia tra i SSR, nonostante vi sia una preponderanza della dizione CdS (73% sul totale delle strutture censite). Sebbene, infatti, nella maggior parte dei casi le regioni si siano orientate verso la comune denominazione di CdS (Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, P.A. di Bolzano, Toscana), vi sono delle importanti eccezioni: in Basilicata sono stati censiti 3 Presidi Distrettuali (PD), in Puglia e Sicilia 17 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), in Friuli Venezia Giulia è stata rilevata la presenza di un Presidio Ospedaliero Per la Salute (POPS) che deriva da un ospedale riconvertito e presenta una serie di servizi territoriali e degenze intermedie. Più complessa è la situazione in Piemonte, che sta attraversando una fase di transizione in cui coesistono: un modello precedentemente istituito (Centri di Assistenza Primaria – CAP), le CdS verso cui dovranno tendere le Aziende e i Gruppi di Cure Primarie (GCP) avanzati. Con quest'ultima dizione si è inteso riclassificare le strutture che sono principalmente composte da professionisti delle cure primarie (MMG e PLS), ma che presentano, nello stesso luogo fisico, anche alcuni servizi territoriali o relativi all'area della prevenzione. Le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) avanzate sono anche il modello riscontrato in Veneto, insieme ai due Centri Sanitari Polifunzionali (CPS) presenti nell'AULSS 9 Scaligera. Una notazione a parte è relativa al modello lombardo dove, come indicato nel par. 13.2, coesistono diverse tipologie di strutture simili alle CdS: Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) – quando siano accompagnati anche dalla caratteristica della «fisicità» – e, nel caso specifico dell'ASST Melegnano e della Martesana, anche Centri Socio-Sanitari Integrati (CSSI). In Campania è stato censito un Ospedale di Comunità (OSCO) presso l'ASL di Caserta.

Infine, sono state effettuate una serie di analisi per verificare se il contesto regionale influisca in modo determinante sulle caratteristiche e i servizi delle CdS (o strutture con diversa denominazione) e se la prevalenza di strutture in alcune regioni modifichi i risultati. Per la quasi totalità delle variabili prese in considerazione non sono state riscontrate delle differenze imputabili all'appartenenza delle CdS a diversi contesti regionali. Fanno eccezione pochi casi collocati in Veneto (le Medicine di Gruppo Integrate), in Lombardia (2 CSSI e un POT) e in Emilia Romagna (una CdS) che si discostano per pochi elementi (mancanza di alcuni servizi di assistenza primaria o di altri servizi sanitari e sociosanitari) dal modello di CdS «emergente».

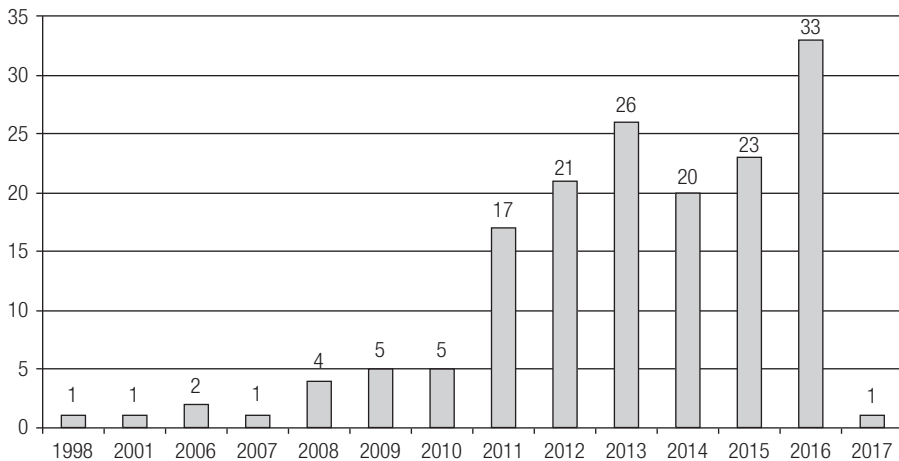
Figura 13.1 **Origini dell'edificio in cui è collocata la CdS**

13.4.2 Le caratteristiche strutturali e organizzative delle case della salute

Le CdS si caratterizzano per essere strutture che si collocano prevalentemente in centri urbani medio-piccoli. Solo nel 13% dei casi (21 CdS) la sede si trova in un centro urbano maggiore, come un capoluogo di Provincia o di Regione (di seguito indicate come CdS urbane). Tale situazione può essere indicativa del fatto che il modello della CdS assume la forma di «presidio fisico» nel quale sono erogate attività e servizi territoriali soprattutto per quelle comunità che non hanno diretto accesso a servizi specialistici all'interno degli ospedali come, invece, avviene per le città maggiori.

Per ciò che concerne le origini dell'edificio nel quale sono state collocate le CdS (Figura 13.1), solo nel 7% dei casi si tratta di una struttura fisica nuova e costruita appositamente (12 CdS). Il 90% delle CdS trovano luogo in edifici riqualificati da una precedente destinazione di carattere sanitario. Di 149 CdS il 43% (64) è, infatti, il risultato di una riconversione di un presidio ospedaliero, mentre il 57% degli edifici (85) è riqualificato da una precedente struttura territoriale (ad es. residenza sanitaria protetta, poliambulatorio specialistico, ecc.). Nel rimanente 3% dei casi (5 strutture) si tratta di una ristrutturazione da struttura privata o, anche, da edificio commerciale.

Il fatto che circa il 39% delle CdS abbia origine da strutture ospedaliere riconvertite (64 CdS) concorre a confermare l'idea che tali modelli organizzativi e di servizio spesso nascono come risposta all'esigenza di preservare un presidio di salute per la comunità, in un contesto dove il piccolo ospedale non può più essere mantenuto per problemi di bassa casistica e di specializzazione. Tale percentuale rappresenta solo in parte la situazione reale, presumibilmente molto più diffusa, se si considera la scarsa rappresentazione nel campione dei PTA di Puglia e Sicilia, tutti derivanti da riconversione di presidi ospedalieri.

Figura 13.2 **Attivazione CdS rispondenti per anno (1998-2017)**

Un altro dato interessante è quello relativo agli anni in cui vi è stata l'attivazione delle CdS³. Come evidenziato in Figura 13.2, è il 2011 l'anno a partire dal quale si è intensificato il fenomeno di attivazione delle CdS (17 CdS attivate). Dal 2012 al 2015 le CdS aperte, tra quelle che hanno risposto al censimento, sono state oltre 20 l'anno sino a un picco di 33 proprio nel 2016. Prima del 2010, il fenomeno era sporadico, con i prodromi offerti dall'esperienza veneta in cui erano stati costituiti i due Centri Sanitari Polifunzionali nel 1998 e nel 2001. Per la Regione Siciliana, di cui non abbiamo una completa copertura, si può ragionevolmente stimare abbia avuto lo stesso tipo di andamento: l'attivazione dei PTA, infatti, si è avuta a partire dalle linee guida del 2010 sino ai 52 rilevati nel 2015. La Tabella 13.3 mostra, in particolare, l'incremento progressivo del numero di CdS per regione nel corso degli anni 1998-2017, di cui discuteremo gli aspetti più interessanti. Per le Regioni Emilia Romagna e Toscana l'incremento delle CdS è stato graduale e crescente a partire dal 2010, con alcune esperienze pionieristiche nel 2006 (1 struttura attivata in entrambi gli SSR) e nel 2008 (2 aperture in Toscana). Il Piemonte, rispetto alle altre rispondenti, mostra un andamento «stop & go» con l'attivazione di 7 strutture nel periodo 2007-2009, 2 negli anni 2012-2013 e ulteriori 2 nello scorso biennio. Per le altre Regioni italiane si tratta di un fenomeno più recente, in particolare sviluppatosi nell'ultimo lustro, ad eccezione della P.A. di Bolzano e Liguria (in entrambe è stata aperta una struttura nel 2008).

La Figura 13.3 mette in relazione orari giornalieri e giorni settimanali di apertura. Oltre il 40% delle CdS indica un orario di apertura di 12 ore al giorno,

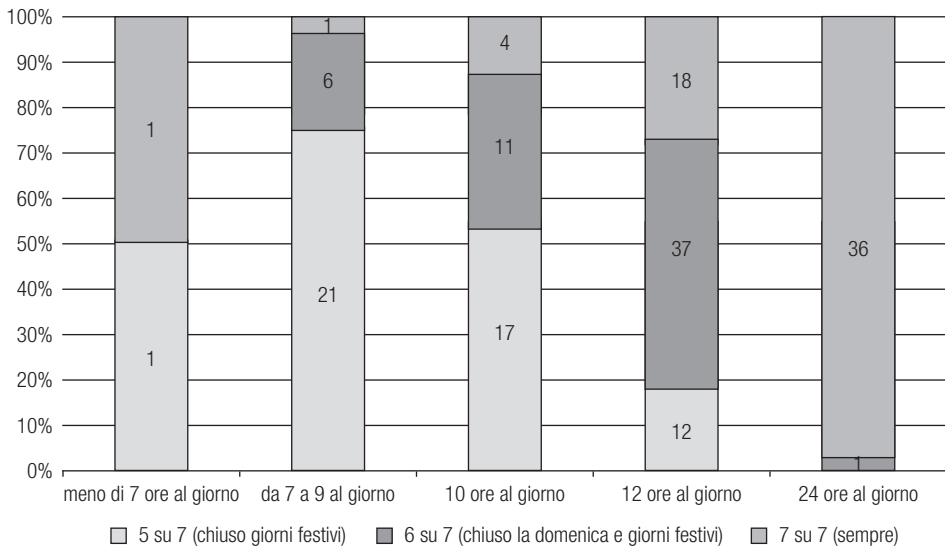
³ La domanda relativa agli anni di apertura ha 6 dati mancanti relativi, in particolare, ad un'Azienda piemontese, perciò i risultati riguardano 160 CDS.

Tabella 13.3 **Incremento progressivo numero di CdS per Regione (1998-2017)**

Regioni	Totale CDS per Regione (anno 2017)	Incremento progressivo numero CDS per Regione (anni 1998-2017)
Basilicata	3	
Calabria	1	
Campania	1	
Emilia Romagna	74	
Friuli Venezia Giulia	1	
Lazio	5	
Liguria	1	
Lombardia	9	
Piemonte	11	
P.A. di Bolzano	1	
Puglia	6	
Sicilia	11	
Toscana	27	
Umbria	1	
Veneto	8	
Totale CDS	160	

seguita dalle strutture che rimangono aperte H24 (circa il 22%). In quest'ultimo caso, si tratta delle CdS nelle quali sono presenti posti letto di degenza e che, quindi, richiedono un'assistenza continuativa. Seguono le strutture aperte 10 ore al giorno (circa il 19%) e quelle dalle 7 alle 9 ore (quasi il 17%), mentre solo 2 erogano servizi meno di 7 ore al giorno. Per quanto riguarda i giorni di apertura, vi è una suddivisione quasi equa tra quelle che aprono solo nei giorni feriali, con la chiusura durante il weekend (circa il 30% sono aperte 5/7 giorni) oppure chiuse la domenica e nei festivi (6/7 giorni, circa il 33%). Il 36% delle strutture, invece, rimane aperto 7 giorni su 7. Le CdS, quindi, sembrerebbero

Figura 13.3 Giorni e ore di apertura CdS



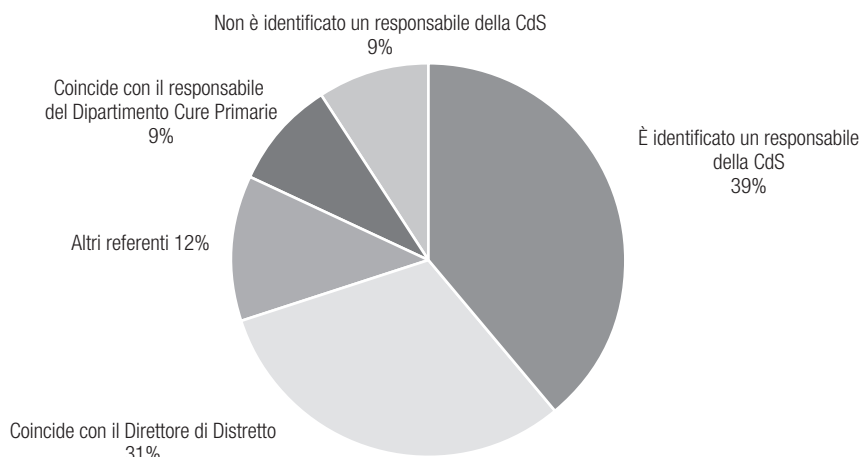
avviarsi a diventare strutture sanitarie che offrono la possibilità ai cittadini di accedere in modo continuo ai servizi lungo l'arco della settimana e della giornata. Un futuro lavoro di approfondimento dovrebbe indagare quali e quante tipologie di servizi siano effettivamente erogati H12.

La Tabella 13.4 riporta la presenza di servizi di accoglienza e informazione all'interno delle strutture indagate. Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) è il servizio più frequente nelle CdS (presente nell'89% delle strutture), seguito dalle attività di accoglienza come Front Office (76%) e Punto Informativo (74%). In quasi la metà delle CdS rispondenti vi sono servizi strutturati di assistenza per ausili, presidi e protesi (49%); tale soluzione permette di garantire agli utenti un accesso a indispensabili *device* sanitari vicino al proprio luogo di residenza. Infine, il Punto Unico di Accesso (PUA) è presente nel 43% delle

Tabella 13.4 Servizi accoglienza e informazione nelle CdS

Servizi Accoglienza e informazione	CdS con servizi presenti	Percentuali su campione CdS
CUP	147	89%
Front office	126	76%
Punto informativo	123	74%
Assistenza ausili, presidi e protesi	81	49%
PUA	72	43%
Nessun servizio di accoglienza e informazione	6*	4%

* Si tratta di 2 CdS dell'Emilia Romagna, di 3 MGI del Veneto e di un PTA della regione siciliana.

Figura 13.4 **Responsabile della CdS**

strutture; in quest'ultimo caso si nota una mancanza di omogeneità a livello nazionale, poiché in alcuni SSR (ad es. quello lombardo) non è stato scelto il PUA come modello di presa in carico sociosanitaria. Solo nel 4% dei casi non esiste alcun servizio di accoglienza e informazione.

Infine, per quanto riguarda le responsabilità organizzative, la Figura 13.4 riporta il ruolo del Responsabile della CdS. La situazione, come evidenziato nella figura, è particolarmente variegata: nel 31% dei casi, il responsabile coincide con il Direttore di Distretto, mentre nel 9% con il Direttore di Dipartimento delle Cure Primarie; nel 39% dei casi è identificato un responsabile specifico della CdS, mentre un altro 9% delle strutture asserisce di non aver individuato alcun responsabile. Infine il 12% delle strutture rispondenti indica altre tipologie di referenti, quali l'infermiere coordinatore (in 9 strutture) oppure un MMG referente (in 12 casi).

Quando individuato un responsabile specifico della CdS (65 strutture), ne risulta un profilo professionale piuttosto differenziato: si tratta prevalentemente di figure mediche che possono essere specializzate in igiene e organizzazione o anche avere diverso background specialistico. In Regione Emilia-Romagna i responsabili possono anche essere i direttori delle UOC di Cure Primarie, che dipendono gerarchicamente dal Dipartimento di Cure Primarie.

13.4.3 Cure primarie e sanità d'iniziativa

Per sanità d'iniziativa si intende il modello assistenziale sviluppato per la gestione delle malattie croniche che, a differenza di quello classico, di attesa, orientato al paradigma delle malattie acute, sia in grado di agire in modo preventivo, gestendo il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o di ridurre

Tabella 13.5 Diffusione della sanità d'iniziativa nelle CdS

Regioni	Campione CdS	Presenza sanità d'iniziativa	%
Calabria	1	1	100
PA Bolzano	1	1	100
Sicilia	11	11	100
Umbria	1	1	100
Toscana	27	25	93
Emilia Romagna	74	68	92
Lazio	5	4	80
Veneto	8	6	75
Basilicata	3	2	67
Piemonte	17	10	59
Lombardia	9	4	44
Puglia	6	2	33
Campania	1	0	0
Friuli Venezia Giulia	1	0	0
Liguria	1	0	0
TOTALE	166	135	81

Tabella 13.6 Progetti di sanità d'iniziativa avviati nelle Case della Salute

Progetti di sanità d'iniziativa	CdS con progetti presenti	%
Diabete	129	96
Scopenso Cardiaco	91	67
BPCO	65	48
Programma Leggieri	30	22
Ictus/TIA	24	18
TAO	24	18
Altro	23	17
Percorso Neonato Sano	12	9
Cardiopatia Ischemica	9	7
Rischio Cardiovascolare	5	4

le complicanze, rallentandone il decorso e garantendo interventi appropriati e differenziati in rapporto al livello di rischio. Come anticipato nel par. 13.2, la diffusione delle CdS e della sanità d'iniziativa sono stati fenomeni strettamente collegati e sinergici: questo punto è testimoniato dalle regioni con esperienze più mature in questi ambiti (i.e. Toscana ed Emilia Romagna) e come emerge dai risultati del censimento. In complesso, infatti, l'81% delle CdS dichiara di aver attivato progettualità di sanità d'iniziativa (Tab. 13.5).

Oltre alla diffusione della sanità d'iniziativa, è interessante rilevare quali tipologie di progettualità siano oggi più diffuse. La Tabella 13.6 riassume le attività presenti nel campione di CdS osservato mostrando, oltre alle risposte chiuse

su alcuni percorsi standard, altri servizi identificati come sanità d'iniziativa. Le evidenze raccolte sono l'occasione per approfondire almeno tre osservazioni.

In primo luogo, si rileva una larga diffusione delle progettualità per le patologie croniche prevalenti: diabete, scompenso e, a seguire, BPCO. Questo risultato è allineato con quanto previsto dal recente Piano Nazionale per la Cronicità che ha individuato un panel di riferimento delle principali patologie croniche o che comunque necessitino una presa in carico mirata. I dati del questionario sono una conferma: in 63 su 135 CdS con progettualità d'iniziativa sono presenti tutti e tre i percorsi (diabete, scompenso e BPCO), e in 7 di questi CdS si trova anche la cardiopatia ischemica⁴. Il diabete, in particolare, si conferma la patologia prevalente e, altrettanto, quella per cui da un ventennio si sperimentano nuovi modelli assistenziali e di *empowerment* dell'utente, attraverso la gestione integrata e la collocazione del baricentro della gestione nel territorio (cfr. rinnovo piano nazionale per il diabete del 2013).

In secondo luogo, accanto ai percorsi per le patologie croniche prevalenti, sono state segnalate sia alcune prestazioni che vengono erogate continuativamente, sebbene non siano propriamente delle progettualità d'iniziativa, come la TAO (Terapia Anticoagulante Orale), sia percorsi che riguardano patologie e/o condizioni di salute specifiche e circoscritte nel tempo. È questo il caso dell'Emilia Romagna in cui sono stati collocati nelle CdS percorsi di presa in carico e prevenzione della salute delle comunità, alcuni dei quali già attivi da tempo a livello distrettuale. Dal questionario, in particolare, sono emersi due percorsi paradigmatici: il percorso neonato sano (LR 24/1989 e LR 26/1998), in linea con il trasferimento nelle CdS dei consultori familiari e la possibilità di eseguire le principali prestazioni diagnostiche di *follow up* fino alla consulenza del pediatra di comunità nei primi anni di vita; e il percorso G. Leggieri, sperimentato fin dagli anni 2000 come modello pilota di integrazione tra cure primarie e salute mentale.

Infine, l'analisi della voce «altro» porta in realtà a considerare quali servizi siano stati collocati nelle CdS, rispetto ai quali si trova una sovrapposizione con i servizi di assistenza domiciliare e con altre prestazioni e funzioni di continuità assistenziale, oggi collocati in queste strutture. Sotto la voce «altro», infatti, sono state indicate prevalentemente la gestione del paziente oncologico, da collegarsi all'attività di diagnosi precoce e screening, in alcuni casi, oppure alla specialistica ambulatoriale di follow up e all'assistenza domiciliare oncologica e palliativa; e la gestione delle dimissioni protette, a sua volta da ricolle-

⁴ Numeriche e scenari simili si possono ritrovare anche nei lavori di Agenas dal 2012 al 2016 di monitoraggio dell'assistenza territoriale e diffusione dei modelli di sanità d'iniziativa, studi prodromi al tavolo di confronto inter-regionale aperto per il Piano Nazionale della Cronicità e la sua attuazione. Cfr. <http://www.agenas.it/assistenza-primaria-e-fragilita/l-impatto-dei-modelli-proattivi-innovativi-implementati-a-livello-regionale-per-l-assistenza-alle-persone-afette-da-patologie-croniche>

Tabella 13.7 Assistenza domiciliare gestita dalle Case della Salute

Tipologia di servizi domiciliari	CdS con servizi presenti	%
ADI	133	80
Assistenza infermieristica domiciliare	118	71
Assistenza domiciliare cure palliative	99	60
Assistenza riabilitativa domiciliare	76	46
Assistenza domiciliare oncologica (ADO)	41	25
Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)	34	20
Nessun servizio di assistenza domiciliare	27	16
Ospedale a domicilio	4	2

gare alla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e alla presenza dei servizi di assistenza sociale nonché alla disponibilità di posti letto territoriali nelle CdS.

La Tabella 13.7 presenta il mix di servizi di assistenza domiciliare presenti nelle CdS: nell'80% dei casi, indipendentemente dai modelli regionali, la CdS è oggi la struttura in cui è collocata l'organizzazione dell'ADI e dell'assistenza infermieristica domiciliare (71%). Al contrario, le diverse forme di assistenza specialistica sono rappresentate in quota minore, e in questo caso prevalgono le differenze regionali e aziendali nell'attuazione del piano di indirizzo nazionale del 2010 sull'assistenza domiciliare, che aveva proposto tre livelli di ADI in funzione dell'intensità assistenziale. Rilevante è la quota di assistenza oncologica e palliativa che, a tendere, assumerà spazi sempre più importanti nelle progettualità di integrazione ospedale-territorio per l'organizzazione dell'assistenza palliativa e delle terapie del dolore a livello distrettuale. Infine, è interessante notare come l'ospedale a domicilio, che rappresenterebbe un'innovazione gestionale «intermedia» di avanguardia rispetto alle soluzioni residenziali, sia ancora una formula di servizio limitata nelle CdS, nonostante la disponibilità di specialisti.

La Tabella 13.8 mostra, infine, il mix dei servizi di assistenza primaria erogati nelle strutture, portando l'attenzione sulla differente composizione tra CdS urbane e non. In generale emerge come, oltre alle forme di associazione dei MMG e PLS, l'ambulatorio infermieristico per le cronicità rappresenti la quota più rilevante, mentre i servizi di continuità assistenziale e l'assistenza integrativa farmaceutica oggi arrivano ad una copertura del 50% circa delle CdS. Il vero dato d'interesse è la differenza tra le CdS urbane e il campione complessivo: emerge come le CdS urbane abbiano una vocazione alla gestione delle cronicità a bassa intensità clinica. Le CdS urbane infatti hanno un tasso di copertura del 100% della sanità d'iniziativa, rispetto ai percorsi sopra descritti, mentre per le CdS non urbane il dato scende al 75%. Osservazione questa che viene confermata dalla diffusione degli ambulatori infermieristici che nelle CdS urba-

Tabella 13.8 **Servizi di assistenza primaria**

Servizi di assistenza primaria	CdS con servizi presenti	% su totale Cds	CdS urbane	%	Delta %
Ambulatorio infermieristico	146	88	21	100	+12
Medici di medicina generale in associazione	131	79	20	96	+17
Assistenza integrativa farmaceutica (distribuzione farmaci)	94	57	7	33	-24
Continuità assistenziale (ex guardia medica)	90	54	6	29	-25
Pediatrati di libera scelta	86	52	7	33	-19
Nessun servizio di assistenza primaria	3*	2	0	0	-2

* Si tratta di due CSSI e di un POT della Lombardia.

ne hanno una copertura del 100% e sono principalmente dedicati alla gestione delle cronicità.

13.4.4 Servizi sanitari, sociosanitari, sociali e area della prevenzione

Le CdS indagate presentano una rilevante varietà di servizi. Nella Tabella 13.9 sono riportati i servizi sanitari, sociosanitari e sociali indicati dai compilatori e riclassificati dalle autrici in sette categorie, distinguendo tra CdS complessive e tra i due cluster CdS urbane e non urbane.

Il punto prelievi e i poliambulatori specialistici sono i servizi più diffusi nelle CdS, il primo si trova nel 92% dei casi, mentre i secondi sono presenti nell'86% delle strutture. La diagnostica strumentale di base è diffusa nel 74% delle CdS, probabilmente perché collegata alla presenza dei poliambulatori specialistici, mentre la diagnostica strumentale ad alta tecnologia si trova solo nel 10% delle CdS. La presenza delle alte tecnologie potrebbe derivare dal precedente ruolo rivestito dalla struttura, giacché nella quasi totalità dei casi (15 su 16 CdS) si trovano in ospedali riqualificati.

Nella categoria «Altri Servizi Sanitari» (28%) rientrano una serie molto variegata di servizi, ciascuno dei quali è presente però in un numero molto basso di CdS. In particolare si tratta di 3 Centri di Procreazione Medicalmente Assistita e dei servizi ambulatoriali di odontoiatria, medicina sportiva, cure palliative, disturbi cognitivi, psicologia clinica, ambulatorio ostetrico, ecc.

Tra i servizi di emergenza territoriale sono presenti nel 28% delle CdS sia i Punti di Primo Intervento (PPI) sia le postazioni dell'ambulanza 118. Il 63% dei PPI si trovano in edifici riconvertiti da strutture ospedaliere e la percentuale sale al 68% per le postazioni 118.

I servizi chirurgici non sono particolarmente diffusi tra le strutture: le attività di chirurgia ambulatoriale sono erogate nel 18% delle CdS, mentre la *Day Surgery* (DS) solo nel 4%. Anche l'attività chirurgica ambulatoriale trova prevalente collocazione in ex strutture ospedaliere (77%) e la percentuale sale per la *Day*

Tabella 13.9 **Servizi Sanitari, Socio Sanitari e Sociali erogati dalle CdS**

Tipologia Servizi Sanitari, Socio sanitari e Sociali	CDS con servizi presenti	% su totale CDS	% su CdS non urbane	% su CdS urbane	Delta CDS Urbane/CDS Non Urbane
Servizi diagnostici					
Punto prelievi	152	92	92	86	-6%
Diagnostica strumentale di base	123	74	73	81	8%
Diagnostica strumentale ad alta tecnologia	16	10	10	10	0%
Servizi Sanitari Specialistici					
Poliambulatorio specialistico	142	86	85	90	5%
Salute Mentale	51	31	32	19	-13%
Altri servizi sanitari	47	28	27	38	11%
NPI ed età evolutiva	26	16	17	5	-12%
Servizi dialisi	26	16	17	10	-7%
Pediatria di comunità	13	8	9	0	-9%
Emergenza territoriale					
Postazione 118	47	28	31	10	-21%
PPI	46	28	30	14	-16%
Servizi chirurgici					
Attività chirurgica ambulatoriale	30	8	20	5	-15%
Day surgery	6	4	4	0	-4%
Servizi di Riabilitazione					
Riabilitazione ambulatoriale	68	41	42	33	-9%
Palestra polivalente	8	5	3	14	11%
Servizi Sociosanitari					
Consultorio materno infantile	119	72	76	43	-33%
UVDM	61	37	32	67	35%
SERT	24	14	15	10	-5%
Altri servizi sociosanitari	9	5	5	10	5%
Centri DCA	7	4	3	14	11%
Centri anti violenza	6	4	3	10	7%
Servizi Sociali					
Servizi di Assistenza Sociale	47	28	28	33	5%
Volontariato	11	7	6	14	8%
Nessun servizio sanitario e sociosanitario					
Nessuno	1*	1	1	0	-1%

* Si tratta di una CdS dell'Emilia Romagna.

Surgey (5 CdS su 6). Poiché il *setting* assistenziale per erogare attività chirurgica è particolarmente normato e richiede degli specifici requisiti di accreditamento, è certamente più facile riscontrare tali servizi in strutture ospedaliere riconvertite. In un solo caso, la DS viene erogata in un edificio costruito appositamente per ospitare un POT lombardo e si tratta di una partnership pubblico-privato.

La riabilitazione ambulatoriale è presente come servizio nel 41% delle CdS e in 8 strutture è anche attiva una palestra polivalente.

Tra i servizi sociosanitari, il più diffuso è il consultorio materno infantile (73%), seguito dalle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVDM, nel 37% delle CdS) e dai Servizi dedicati alla gestione e alla cura delle tossicodipendenze (SERT, 14%). Residuali i Centri per i Disturbi del Comportamento Alimentare (Centri DCA) e i Centri Antiviolenza, entrambi presenti nel 4% delle strutture. Tra gli «Altri servizi sociosanitari» (5%) sono stati riclassificati i Centri anziani e quelli dedicati all'utenza diversamente abile.

Infine, nel 28% delle CdS sono presenti i Servizi Sociali e nel 7% viene indicato come rilevante l'apporto fornito dal volontariato.

Se si concentra l'attenzione sulle differenze tra le CdS non urbane e le CdS urbane (ossia quelle presenti in città capoluogo di provincia), si notano alcune interessanti divergenze: tra i Servizi Sanitari Specialistici, la presenza della Salute Mentale e quella della NPI ed età evolutiva nelle CdS urbane è inferiore di oltre il 10% rispetto all'intero campione. Tale situazione potrebbe essere dovuta a una diversa dislocazione dei servizi psichiatrici cittadini che invece, nel caso di città più piccole o di paesi, sono concentrati all'interno delle CdS. Una differenza ancora maggiore vi è per i Servizi di Emergenza territoriale come le postazioni 118 e i PPI, dovuta presumibilmente alla presenza – in città medio-grandi – di almeno un ospedale con DEA di I livello che esercita un ruolo di collettore delle emergenze cittadine (e, anche, di codici bianchi e verdi). Questa situazione occorre anche per l'attività chirurgica ambulatoriale (-15%) che è quasi certamente concentrata all'interno dei blocchi operatori ospedalieri. Infine, per le attività sociosanitarie si assiste a due fenomeni diametralmente opposti: da un lato, il Consultorio Materno Infantile è previsto solo nel 43% delle CdS urbane (-33%) e la motivazione alla base di tale situazione potrebbe essere la grande disponibilità – in città medio-grandi – di alternative (pubbliche e private) per usufruire di servizi di ginecologia, ostetricia e pediatria; dall'altro, l'UVMD è invece presente nel 67% delle CdS urbane (+35%), probabilmente per la necessità di garantire agli ospedali cittadini e agli stessi utenti territoriali una risposta in termini di presa in carico dei pazienti post-dimissioni ospedaliere o complessi.

Per quanto riguarda i servizi relativi all'area della prevenzione (Tabella 13.10), in circa il 73% delle CdS sono erogate le vaccinazioni. Tra gli screening tumorali il più diffuso è quello alla cervice uterina (61% delle strutture), perché generalmente correlato alla presenza dei consultori materno infantili. Lo screening per il tumore al colon-retto è garantito all'interno del 55% delle CdS, mentre quello per il tumore alla mammella è effettuato solo nel 20% dei casi. Tale risultato è, probabilmente, dovuto al fatto che lo screening alla mammella richiede tecnologie importanti e la presenza di tecnici/professionisti specializzati; in alcune Regioni, inoltre, è effettuato tramite l'utilizzo di unità mobili che trasportano la tecnologia e garantiscono una presenza capillare sul territorio nei periodi in cui è attivo il programma. Infine, il 21% delle CdS dichiara di effettuare lo screening cardiovascolare.

Tabella 13.10 Servizi area della prevenzione erogati dalle CdS

Servizi area prevenzione	CdS con servizi presenti	% su totale CdS	% su CdS Non Urbane	% su CdS Urbane	Delta CdS Urbane/CdS Non Urbane
Servizi vaccinali e screening					
Vaccinazioni	121	73	77	43	-34%
Screening tumore cervice uterina	101	61	64	38	-26%
Screening colon-retto	91	55	55	52	-3%
Screening cardiovascolare	35	21	21	19	-2%
Screening tumore mammella	33	20	21	14	-6%
Promozione sani stili di vita					
Promozione sani stili di vita	107	64	64	67	3%
Servizi medici e veterinari					
Uffici di igiene e sanità pubblica	52	31	36	0	-36%
Medicina legale e fiscale	43	26	28	14	-14%
Uffici di salute veterinaria	39	23	27	0	-27%
Medicina del lavoro	5	3	3	5	2%
Altro					
Altri servizi di prevenzione	3	2	2	0	-2%
Nessun servizio di prevenzione	12	7	6	14	8%

Anche meccanismi di promozione di sani stili di vita sono particolarmente diffusi, riscontrandosi l'attivazione di tali servizi nel 64% delle CdS.

Tra i servizi medici di area preventiva, meno di un terzo delle CdS comprende gli uffici di igiene e sanità pubblica (31%) e la medicina legale e fiscale (26%); di molto inferiore è la presenza di uffici di medicina del lavoro (5%). I servizi di salute veterinaria sono prestati nel 23% delle CdS. Tali servizi dipendono gerarchicamente e sono erogati dal personale del Dipartimento di Prevenzione (o Sanità Pubblica). È perciò possibile che vi sia una maggiore concentrazione presso sedi centrali dell'Azienda, mentre una capillarizzazione di alcune di queste attività sul territorio potrebbe essere auspicabile per avvicinarle alle esigenze dei cittadini.

Solo il 2% delle CdS dichiarano altri servizi, come ad esempio la «commissione invalidi» e altri screening specifici (ad esempio, ambiopia). Il 7% non presenta, invece, alcun tipo di servizio di prevenzione.

Focalizzandosi sulle differenze con il cluster delle CdS urbane, si nota che una serie di servizi dell'area della prevenzione risultano poco concentrati all'interno di tali strutture.

Si tratta, in primo luogo, dello screening per il tumore alla cervice uterina (-26%). Tale fenomeno dipende dalla maggiore possibilità – nelle città di medie e grandi dimensioni – di effettuare l'esame presso strutture pubbliche ospedaliere o professionisti in regime privato e, come si è esaminato prece-

dentemente, dalla minor presenza di Consultori Materno Infantili nelle CdS Urbane.

Per quanto riguarda i servizi di pertinenza del Dipartimento di Prevenzione o Sanità Pubblica si nota una concentrazione ancora inferiore all'interno delle CdS urbane rispetto al gruppo di quelle non urbane. Si tratta, in particolare, delle vaccinazioni (-34%), uffici di igiene e sanità pubblica (-36%), medicina legale e fiscale (-14%) e uffici di salute veterinaria (-27%). Presumibilmente, tali servizi sono concentrati in edifici cittadini in cui è storicamente stato dislocato il Dipartimento di Prevenzione.

13.4.5 Le degenze territoriali: tipologia e scelte di riconfigurazione

L'analisi delle degenze extra-ospedaliere, territoriali, collocate nelle CdS mostra un'elevata eterogeneità per tipologia, volumi e attività su scala nazionale, come riassunto nella Tabella 13.11. In generale, su 166 CdS, oggetto di analisi, il 28%, ovvero 47 strutture, presentano moduli di degenza. Questo dato è in linea con quanto riportato in precedenza, ovvero che la maggior parte delle CdS del campione osservato deriva dalla riconfigurazione di strutture territoriali ambulatoriali (83, il 50%), nelle quali sono stati concentrati servizi che hanno mantenuto la precedente vocazione ambulatoriale. Su 47 strutture dichiaranti la presenza di posti di degenza, 36 (76,5%) risultano strutture riconvertite da ospedali, e quindi hanno mantenuto attività di degenza, mentre solo 12 (25%) derivano da strutture ambulatoriali. Questo è il primo dato rilevante: nella riconfigurazione e avvio delle CdS è la precedente destinazione che ha influenzato la disponibilità e opportunità di mantenere, piuttosto che avviare, attività di degenza.

Lo scenario descritto dalla Tabella 13.11, inoltre, riflette come le degenze collocate nelle CdS siano oggi la risultante di diversi interventi sulla rete d'offerta ospedaliera e territoriale, nonché di programmi di indirizzo in ambito sociosanitario. La tipologia di degenze più diffusa risulta essere l'ospedale di comunità (51%), come previsto dal DM 70/2015 e dal Piano nazionale della cronicità⁵. Agli ospedali di comunità registrati, si possono aggiungere anche due strutture piemontesi, in cui sono riportate le degenze rappresentative del modello regionale dei CAVS (i PL per la Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria). A seguire, si trovano le strutture di riabilitazione estensiva territoriale, ex art. 26, e l'URT (Unità Riabilitativa Territoriale) in Veneto tra le post-acute/lungodegenza; nonché alcuni casi sporadici di riabilitazione intensiva specialistica. Sempre nell'area della lungodegenza i posti letto dedicati

⁵ Per un'analisi dettagliata sull'evoluzione della rete d'offerta ospedaliera e territoriale rispetto ai posti letto extra-ospedalieri territoriali a valenza sanitaria, ovvero come definite le cure intermedie dal Piano Nazionale della Cronicità e dal DM 70/2015 si rimanda al rapporto OASI 2016 (Morando, Tozzi, 2016)

Tabella 13.11 **Degenze territoriali: tipologia e numero medio posti letto**

Tipologia	CdS con presenza degenze	%	Numero medio di PL	Min-max
Ospedali di comunità	24	51	14,7	(4-28)
Residenza Sanitaria Assistenziale/Anziani (RSA)/Centri servizio	14	30	32,4	(20-50)
Altro	9	19		
Riab estensiva	5	11	17,3	(6-30)
Hospice	5	11	5	(2-12)
Unità Riabilitativa Territoriale (URT)	3	6	16,3	(4-40)
Residenza Sanitaria Disabili (RSD)	3	6	17	(10-29)
Riab intensiva	3	6	18,6	(12-24)
Riabilitazione salute mentale (SPR1)	2	4	17,5	(15-20)
Riabilitazione salute mentale (SPR3.3)	1	2	20	

agli hospice presentano un'alta variabilità nella dotazione dei posti letto (dai 2 ai 12 posti letto per unità). Rilevanti per rappresentazione nel campione, ma soprattutto per capacità produttiva, sono invece tutti i moduli di degenza socio-sanitaria presenti nelle CdS osservate, dalle RSA, RSD a strutture protette, con una numerosità di circa 30 posti letto in media per unità. Nella stessa area socio-sanitaria, anche se i modelli regionali sono differenti, si trovano le strutture residenziali e riabilitative della salute mentale (SPR1 e 3), previste dal Piano di azione nazionale per la salute mentale (PANSM) del 2013, nonché due CRA (Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza Psichiatrica), presenti in Lombardia, di cui una con 90 posti letto. Infine, sotto la categoria «altro», si trovano i posti letto per il DH chirurgico e psichiatrico e di Osservazione territoriale.

In conclusione, nota osservare come la presenza di moduli di degenza, oltre ad avere una connessione significativa con la precedente destinazione, sembra stia influenzando le scelte di programmazione delle CdS in sinergia ad una revisione delle definizioni di cure intermedie e della rete d'offerta ospedaliera. L'analisi delle degenze, infatti, a differenza degli altri servizi collocati nelle CdS, risulta particolarmente influenzata dal campione di analisi e sottostima la presenza di posti letto di degenza nelle regioni che hanno previsto una riconversione di presidi ospedalieri (come nei PTA di Puglia o Sicilia). Al contrario, nei modelli di Emilia Romagna e Toscana la presenza dell'OSCO è indipendente dalla CdS; solo in casi limitati hanno una presenza fisica contigua. Infine, nota osservare come l'unico risultato evidente nel campione considerato è l'assenza completa di posti letto nelle CdS urbane.

13.4.6 I professionisti presenti nelle Case della Salute

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

In linea con la definizione e gli obiettivi che hanno guidato la costituzione delle CdS, la presenza dei MMG dovrebbe rappresentare la variabile distintiva delle CdS come luoghi deputati all'integrazione funzionale dei percorsi assistenziali garantendo la continuità della presa in carico. Tuttavia, nel campione osservato, i MMG sono presenti in complesso nell'81% delle CdS mentre per i PLS questo dato scende al 51% circa.

Rispetto ai MMG, il questionario ha approfondito tre elementi. In primo luogo, rispetto alla partecipazione dei MMG nelle CdS, considerando il 20% delle CdS che non ha internalizzato le competenze della MG, non si evincono dei modelli riferimento regionali. In altri termini, la presenza della MG nelle CdS attualmente non è un requisito definitorio delle CdS in nessun modello regionale, sul fronte dell'implementazione locale. Una variabile più significativa sulla presenza dei MMG è invece la collocazione urbana della CdS: i MMG sono presenti nel 100% nelle CdS urbane (in Tabella 13.12). In complesso, la partecipazione dei MMG nelle CdS è pari in media a 7,8 MMG per CdS, mentre la mediana all'interno del campione è pari a 6 MMG per CdS.

Tabella 13.12 **I professionisti presenti nella CdS in complesso e in quelle urbane**

Tipologia	Numero CdS	%	CdS urbane	% CdS urbane	Delta %
Infermiere dipendente	153	92	21	100	+8
Medico specialista convenzionato	145	87	19	90	+3
Personale tecnico-amministrativo	142	86	16	76	-10
MMG	136	82	20	96	+14
Medico dipendente servizi territoriali o DCP	105	63	18	86	+23
Assistente sociale	104	63	12	57	-6
OSS/OTA	91	55	13	62	+7
PLS	86	52	7	33	-19
Psicologo	80	48	8	39	-9
Fisioterapista	77	46	8	39	-7
Medico specialista ospedaliero	75	45	6	29	-16
Personale tecnico-sanitario	57	34	3	14	-20
Veterinario	33	20	0	0	-20
Personale ausiliario cooperativa	32	19	3	14	-5
Altre professioni	20	12	0	0	-12
Terapista occupazionale	13	8	0	0	-8
Infermiere cooperativa	11	7	4	19	+12
Personale MMG	11	7	0	0	-7
Medico del lavoro	9	5	0	0	-5

In secondo luogo, è stato rilevato il tasso di partecipazione dei MMG rispetto al totale dei MMG presenti nell'ambito territoriale di riferimento della CdS, per valutare il grado di copertura e attrattività locale delle CdS rispetto alle forme di collaborazione e modelli di sanità d'iniziativa promossi per la MG.

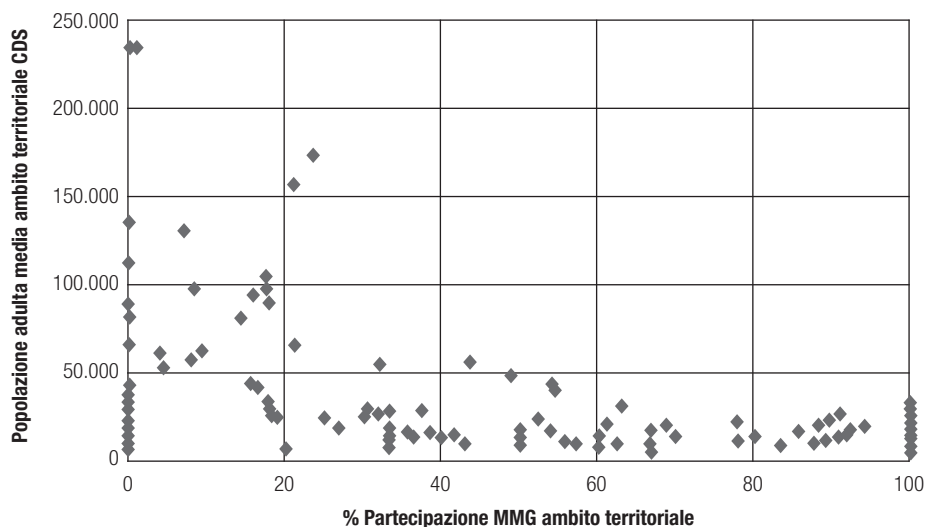
In complesso, risulta che solo nel 34% del campione vi sia una corrispondenza completa, tale per cui il 100% dei MMG dell'ambito territoriale di riferimento partecipano in forma stabile alla CdS. La percentuale media di partecipazione territoriale si attesta al 59%, con una mediana di 61,1%, ma una deviazione standard significativa di circa il 40%. L'alta variabilità del dato assoluto sulla partecipazione dei MMG per ambito territoriale è dovuta alla diversità degli ambiti stessi: gli ambiti urbani tendenzialmente hanno un numero nettamente superiore di MMG dovuto alla densità abitativa – nelle 166 CdS partecipanti, infatti, la numerosità dei MMG negli ambiti di riferimento varia da un minimo di 3 ad un massimo di 206. Inoltre, nel calcolo delle medie, influiscono le code, ovvero il 20% di CdS in cui la partecipazione dei MMG è pari a 0 e il 34% in cui è pari al 100%.

Infine, tra gli obiettivi del questionario, si è provato a clusterizzare delle ricorrenze tra i modelli di servizio delle CdS. A tal fine, in linea con i riferimenti adottati dai documenti di programmazione per le forme associative della MMG (AFT e UCCP) e per le CdS, si è provato ad osservare le correlazioni esistenti tra popolazione servita per ambito territoriale e il tasso di partecipazione dei MMG. Per calcolare il primo dato, ovvero la popolazione servita per ambito di riferimento, è stata considerata una stima teorica degli assistibili, sulla base del numero di MMG per ambito di riferimento dichiarati nel questionario. Quest'ultimo dato è stato infatti ritenuto più affidabile della popolazione dichiarata, spesso indicata come coincidente con il comune.

La figura 13.5 mostra quindi come al crescere della densità abitativa (riferita agli assistibili teorici) diminuisce la percentuale di partecipazione dei MMG. Questa osservazione generale deve essere tuttavia interpretata rispetto a due elementi. In primo luogo, nel primo quintile si trovano per lo più le CdS urbane oppure quelle in cui non partecipano i MMG. Le CdS urbane sono caratterizzate da un'alta densità abitativa, con una popolazione media di assistibili pari a 62.008 (mediana 33.719), a fronte di una partecipazione complessiva dei MMG per ambito piuttosto bassa, in media pari al 26%. In secondo luogo, poiché il campione è rappresentato prevalentemente da CdS non urbane, il grafico mostra come la maggior parte delle esperienze censite si collochi in un quadrante caratterizzato da una popolazione teorica media di assistibili pari a 28.086 abitanti (mediana 14.859), ma una partecipazione medio-alta di MMG, tra il 54% e il 100%.

Sebbene queste osservazioni siano basate sul dato teorico della popolazione adulta assistibile negli ambiti territoriali, e inoltre siano condizionate dall'alta variabilità del campione rispetto ai due parametri, dovrebbero spingere ad alcune considerazioni sui parametri oggi adottati nella programmazione, in primis la popolazione servita. Piuttosto, sarebbe utile considerare il mix dei servizi

Figura 13.5 **Distribuzione CdS rispetto alla popolazione adulta media dell'ambito territoriale di riferimento e alla percentuale di partecipazione dei MMG**



Nota: la popolazione adulta (> 16 anni) media per ambito territoriale è stata calcolata sulla base del numero di MMG dichiarati per ambito e il numero medio di assistiti pari a 1.143 (Dato Annuario Statistico Ministero Salute, 2013)

collocato, rispetto alla densità abitativa e, soprattutto, alla presenza di altre unità nello stesso ambito di riferimento. I dati qui riscontrati ad esempio potrebbero essere allineati ai più recenti indirizzi di programmazione delle CdS, che stimano una popolazione di riferimento di circa 30.000 abitanti per le CdS hub, in linea con quanto previsto per le UCCP.

Nell'osservare la partecipazione dei PLS alle CdS, invece, i dati risultano meno solidi, sia rispetto alle risposte fornite, per cui non è stato possibile stimare il tasso di copertura per ambito territoriale, rapportando il numero di PLS attesi e quelli presenti nelle CdS, sia perché non ci sono dati strutturali sulla media degli assistiti. In generale, la media di PLS presenti nelle CdS risulta di 0,8 e la mediana di 1 PLS per CdS. Dal confronto interregionale, piuttosto, sembrerebbe che la presenza di PLS nelle CdS sia principalmente influenzata dal mix di servizi – ad esempio, l'attivazione dei consultori familiari, di percorsi di tutela della maternità (i.e. percorso neonato sano) fino a centri di primo livello per la diagnosi e cura dell'infertilità. Pertanto, le regioni in cui la pediatria convenzionata registra una presenza significativa sono: Toscana, Emilia Romagna, Piemonte, Liguria e Umbria (sebbene queste ultime siano sotto-rappresentate nel campione per identificare dei trend di rilievo).

La comunità di professionisti

Il questionario ha inteso indagare la composizione multi-professionale e multidisciplinare della comunità professionale delle CdS, la partecipazione dei pro-

fessionisti ospedalieri e convenzionati e il ruolo crescente delle professioni infermieristiche e degli assistenti sociali. Non è stato, però, possibile, in questa prima ricognizione ad ampio raggio, entrare nel dettaglio della dotazione organica rispetto ai singoli moduli e/o linee di attività delle strutture.

La precedente Tabella 13.12 mostra la sintesi della comunità professionale sanitaria, sociosanitaria, sociale e tecnico-amministrativa, presente nelle CdS del nostro campione, distinguendo tra CdS urbane e non. In primo luogo, è evidente la presenza infermieristica in tutte le strutture: in 153 CdS come personale dipendente dell'azienda sanitaria locale e, nelle restanti 13, come personale dipendente dei MMG. Rispetto alla numerosità degli infermieri (stabilmente dedicati) per CdS, invece, si registra un'alta eterogeneità che risulta direttamente proporzionale ai servizi offerti e agli orari di apertura: dai nuclei di cure primarie «avanzati» che dichiarano un solo infermiere part-time, a una media complessiva di 11,94 infermieri per CdS, con la mediana che si colloca a 6 infermieri per CdS, ma una deviazione standard di 14,9 sul totale del campione – questo è giustificato dalla presenza di circa 30-40 infermieri nelle strutture con moduli di degenza di 20 posti letto, fino ai 97 dichiarati da una delle CdS con 90 posti letto sociosanitari.

Rispetto al personale medico, è interessante rilevare come la presenza di personale convenzionato (ex sumai) sia diffusa più capillarmente sul territorio nazionale (145 strutture) rispetto al personale dipendente dei servizi territoriali (105); mentre, solo la metà delle strutture del campione dichiara l'accesso di personale specialistico ospedaliero nelle CdS. Tra il personale medico dipendente dei servizi territoriali si trova anche una quota di medici competenti che svolgono il servizio di sorveglianza sanitaria dei luoghi di lavoro (9 strutture), così come la sorveglianza sanitaria sugli alimenti e i servizi di assistenza veterinaria (33 strutture).

Tra il personale aziendale, nelle CdS occupa un ruolo rilevante il «personale tecnico-amministrativo», data la presenza di molteplici servizi di accettazione e informazione sopra richiamati, e il personale tecnico-sanitario per i servizi di diagnostica e laboratorio. Inoltre, in linea con l'attività riabilitativa estensiva che viene svolta nelle CdS, troviamo personale tecnico della riabilitazione, fisioterapisti, terapisti occupazionali e logopedisti. Tra il personale tecnico sanitario, la presenza degli OSS e OTA è sempre più diffusa, sia all'interno degli ambulatori per la cronicità che nella gestione delle attività di degenza ordinaria: in questo caso, 90 strutture dichiarano di avere personale dipendente, mentre in 32 si tratta di personale ausiliario delle cooperative. Da segnalare, infine, il ruolo delle ostetriche collocate nelle strutture che hanno il percorso «neonato sano».

Tra gli specialisti, inoltre, è rilevante la presenza degli psicologi nelle CdS (48%), che partecipano sia ad attività sanitarie che sociosanitarie, in funzione del mix servizi erogati.

I dati mostrano, infine, il rinnovato ruolo che l'assistente sociale ricopre nelle cure intermedie come case manager nella gestione dei servizi di continuità assistenziale, nella valutazione multidimensionale e nella definizione del piano di cura individuale, in particolare nelle dimissioni protette. L'assistente sociale è infatti parte della comunità professionale delle CdS nel 62% dei casi, con una presenza eterogena nei casi segnalati, con una media di 1,25 in complesso, sebbene in alcuni casi siano presenti fino a 6 o 7 assistenti sociali, soprattutto nelle strutture che concentrano servizi sociosanitari quali consultori, residenze sociosanitarie e servizi afferenti alla Salute Mentale.

Ruoli di coordinamento e responsabilità nelle Case della Salute

La molteplicità di servizi e professionisti, con competenze diversificate e appartenenti funzionalmente a istituzioni diverse o articolazioni differenti dell'azienda (i.e. personale convenzionato, dipendente dal Comune o dalle cooperative o ancora specialisti ospedalieri) rendono necessaria la definizione di ruoli di coordinamento delle attività e dei processi gestiti dalle CdS.

Si tratta in questo caso di forme di coordinamento funzionali e non gerarchiche, finalizzate a: 1) rafforzare il coordinamento e la gestione della complessità delle comunità professionali rispetto alle attività previste (logica di processo); 2) supportare lo sviluppo professionale dell'equipe, preservando la valutazione della qualità assistenziale, sociale e clinica della presa in carico nelle diverse attività/processi. Rispetto a questi obiettivi, alcune regioni (i.e. Emilia Romagna, Toscana, Lazio) hanno dato indicazioni più precise sulle funzioni del coordinatore organizzativo (referente infermieristico, per il punto 1), e sui coordinatori assistenziali (infermieri), clinici (medico convenzionato o dipendente) e coordinatori sociali (assistente sociale) (per il punto 2). Il coordinatore assistenziale, in particolare, viene spesso indicato come un infermiere a cui è affidata la gestione complessiva e l'integrazione organizzativo-funzionale dell'insieme delle professioni sanitarie che intervengono nei processi assistenziali.

Questo scenario composito, o comunque ancora sperimentale nella definizione dei ruoli di coordinamento, emerge con chiarezza nelle risposte del campione di 166 CdS: di queste, 123 dichiarano l'esistenza di ruoli di coordinamento (74%), sebbene non tutti siano formalizzati. Di questo 74%, inoltre, una quota prevalente (84%) riguarda l'assegnazione di ruoli professionali di coordinamento (i.e. MMG di riferimento/coordinatore), mentre solo nel 19% dei casi viene esplicitato il coordinamento su attività specifiche (coordinatore consultori, CRA, attività di degenza, percorso nascita, percorso cronicità etc.).

In generale, i risultati del questionario mostrano una fase ancora embrionale nell'elaborazione di modelli organizzativi e del lavoro nelle CdS. Dal questionario, infatti, è emersa una difficoltà di fondo nel dichiarare funzioni di coordinamento codificate, per ruolo e compiti, siano esse di responsabilità su funzioni o processi. L'eterogeneità delle risposte sembra essere determinata dalla man-

canza di ruoli formalizzati a livello aziendale e, soprattutto, non integrati nei sistemi operativi aziendali, con obiettivi espliciti, funzioni e budget. La funzione di coordinamento organizzativo in alcuni casi è affidata agli infermieri, in altri a medici di comunità, in altri casi ancora si rimanda a specialisti per branca o «di unità operative», lasciando forse intendere un'integrazione con le unità operative dei presidi ospedalieri o distrettuali. Lo stesso si rileva nella funzione di coordinamento socio-assistenziale: in pochi casi viene dichiarata l'esistenza di una figura dedicata, mentre nella maggior parte viene elencata la presenza di un coordinatore per ogni singola attività sociosanitaria (dal consultorio, all'ADI, NPIA, ecc.). Si comprende quindi il percorso evolutivo delle realtà più mature, come l'Emilia Romagna, che nella delibera più recente del 2016 ha portato l'attenzione proprio sulla definizione della comunità professionale delle CdS e predisposto uno schema di riferimento per la definizione di ruoli, profili e funzioni di coordinamento e organizzazione del lavoro al loro interno.

13.4.7 Utilizzo e diffusione dei sistemi operativi aziendali

Fondamentale per comprendere lo stato di attuazione delle CdS come strutture finalizzate all'integrazione funzionale tra ospedale e territorio è la verifica tanto dell'integrazione delle CdS nei sistemi operativi aziendali, quanto la previsione di strumenti e meccanismi distintivi per il governo e la programmazione delle attività specifiche in gestione alla CdS (i.e. sanità d'iniziativa, posti letto territoriali, dimissioni protette, ecc.).

I risultati del questionario mostrano come, allo stato attuale, i sistemi operativi delle CdS siano da ricondurre a quelli aziendali, *in primis* alla gestione del budget e degli obiettivi di performance assegnati al distretto o al dipartimento di cure primarie (Tab. 13.13). Rispetto agli obiettivi assegnati alla CdS, in questa fase storica, prevalgono obiettivi di attività e «start-up»: ad esempio, l'avvio della CdS, il monitoraggio della partecipazione dei MMG, mentre sono residuali i casi in cui sono stati introdotti degli indicatori di performance sulla capacità di arruolamento e l'aderenza dei pazienti ai percorsi previsti dalle CdS (7,8%).

Tabella 13.13 **Sistemi di programmazione e controllo**

Sistemi di P&C	Valori assoluti CdS	%
Performance	78	47
Budget	64	39
No	45	27
Profili di rischio	42	25
Obiettivi e indicatori MMG	16	10
Indicatori di aderenza ai percorsi	13	8
Altro	9	5
Questionari Customer Satisfaction	3	2

Tabella 13.14 **Professionisti e forme di incentivo per la partecipazione alla CdS**

Professionisti	Valore assoluti CdS	%
MMG	64	93
PLS	11	16
Medici ospedalieri	7	10
Altri medici specialisti	3	4
Personale comparto	2	3

Tabella 13.15 **Flussi informativi dedicati nelle Case della salute**

Flussi informativi	Valore assoluto CdS	%
MMG e PLS	55	33
Medicina d'iniziativa	84	51
OSCO	15	9
URT	46	28

Al contrario, strumenti operativi dedicati alla CdS risultano in fase di avvio e consolidamento, sebbene alcune regioni stiano intraprendendo passi significativi verso l'uso di strumenti di programmazione della domanda: l'utilizzo dei profili di rischio è rappresentato dal 25% del nostro campione e, nel dettaglio, dalle regioni dell'Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, Puglia.

Rispetto all'utilizzo di meccanismi incentivanti, su un campione di 166 CdS, solo il 42% ha dichiarato l'utilizzo di incentivi per i professionisti, come sintetizzato in Tabella 13.14.

Infine, i flussi informativi adottati nelle CdS risultano prevalentemente i flussi aziendali (specialistica ambulatoriale e farmaceutica territoriale, eventualmente posti letto residenziali) presenti in 157 su 166 CdS (Tab. 13.15). Se questo rappresenta un punto di forza rispetto alla capacità di programmazione e controllo dell'azienda, anche rispetto all'internalizzazione delle competenze della medicina generale, in realtà nell'utilizzo dei flussi standard la sanità d'iniziativa non viene tracciata se non rispetto al conseguimento di alcuni obiettivi codificati, che possono essere di processo (i.e. partecipazione e arruolamento) ma non di risultato (i.e. aderenza), in assenza di PDTA condivisi su base aziendale. Nel questionario sono state individuate delle situazioni per cui sia i MMG che la medicina d'iniziativa posseggono dei sistemi operativi dedicati, sebbene non sia chiaro quanto, a loro volta, siano interoperabili con quelli aziendali.

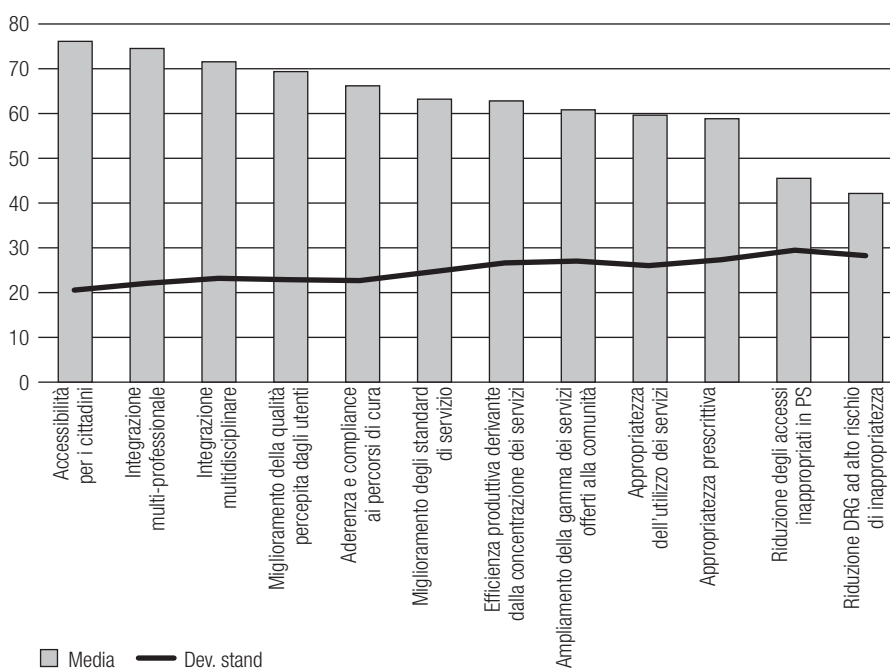
L'utilizzo dei questionari di *customer satisfaction*, infine, risulta ancora pressoché inesistente, sebbene alcune regioni stiano iniziando a promuovere delle rilevazioni standardizzate di valutazione della qualità di cura percepita dall'utente (i.e. Emilia Romagna).

13.5 Osservazioni finali sul primo censimento nazionale delle Case della Salute (e strutture simili con diversa denominazione)

Il tema delle CdS e, più in generale, di tutte quelle entità che si collocano tra l'ospedale e il domicilio o, più semplicemente, il tema dello sviluppo di tutto ciò che non sia ospedale ed è quindi considerato territorio, attraversa il dibattito sulla sanità da molto tempo. Tale discussione è caratterizzata da una sostanziale continuità di accenti e di ispirazione: la multidisciplinarietà, le cure primarie, il riferimento alle comunità, la cronicità, il raccordo con il sociale, la prossimità. Tale continuità si riflette, seppur con «nomi» e stadi di avanzamento diversi, nell'evoluzione dei quadri normativi regionali e, conseguentemente, in questo primo censimento nazionale sullo stato dell'arte delle CdS (o strutture simili con diversa denominazione). Le osservazioni che derivano da questa istantanea mostrano quindi una situazione di «lavori in corso» con velocità e modalità distintive – anche negli approcci culturali e nelle scelte di programmazione e committenza – delle diverse regioni.

Le statistiche descrittive presentate nel par. 13.4 mostrano, innanzitutto, la progressiva diffusione del modello della CdS e come esso si stia posizionando nel sistema di offerta delle aziende. L'impressione che, complessivamente, se ne ritrae è che CdS (o strutture simili) siano, prevalentemente, un luogo di innovazione per il territorio. La collocazione in questi luoghi dei progetti di sanità d'iniziativa, della presa in carico della cronicità e dei progetti di prevenzione e promozione della salute lo confermano, così come la presenza di comunità composite di professionisti e, tra questi, *in primis* i MMG, gli infermieri e gli assistenti sociali. Nel definire il quadro non bisogna ovviamente sottovalutare il ruolo del sistema regionale e della sua cultura, da questo punto di vista, Emilia Romagna e Toscana si staccano nettamente per l'enfasi tradizionalmente posta sul tema.

Ulteriori elementi sul significato attribuito a tali entità sono desumibili dall'importanza assegnata alle diverse, e possibili, dimensioni di risultato. In Figura 13.6 sono rappresentate, infatti, le valutazioni (le percezioni) dei professionisti rispondenti sui risultati conseguiti dalle progettualità delle CdS rispetto agli obiettivi attesi e agli indirizzi di programmazione dei rispettivi contesti regionali e aziendali. Per ogni obiettivo, descritto in ascissa, i rispondenti potevano assegnare un punteggio da 0 a 100 sul grado di raggiungimento. La figura 13.6 riporta la media delle risposte dei 166 questionari. Risalta un «certo distacco» dall'ospedale e dai temi tradizionali ad esso collegati (produttività, efficienza o appropriatezza) i quali sono i meno «votati». Emerge, invece, la percezione di poter conseguire migliori performance sulle dimensioni collegate alla capacità di risposta agli utenti e comunità servite. L'offerta di una pluralità di servizi legati alla salute nel medesimo ambito fisico è, in effetti, un elemento di grande semplificazione soprattutto per pazienti anziani, cronici e pluri-patologici. Pas-

Figura 13.6 **Percezioni relative al raggiungimento degli obiettivi delle CdS**

sando dagli impatti esterni a quelli interni, un'area di fondamentale importanza, sulla quale la compresenza di servizi e professionalità diverse all'interno di un medesimo spazio sembra esercitare una elevata influenza (nella percezione degli intervistati), è anche quella dell'integrazione multi professionale e multidisciplinare la quale diventa una variabile importante per consolidare linee guida e obiettivi comuni di comportamento, tra individui caratterizzati da ampia autonomia professionale.

La tensione verso l'innovazione nelle soluzioni sembra tuttavia essere frenata dai vincoli che vengono dal passato, dai precedenti assetti logistici e strutturali. La fisicità rappresenta quasi sempre un elemento che pre-esiste rispetto al disegno progettuale e che quindi, inevitabilmente, condiziona la concreta attuazione. Salvo rari casi (7% del campione), infatti, gli edifici hanno una loro storia e una loro funzione pregressa, sia in termini di servizi offerti che di ruolo nella rete. Questo elemento, nello specifico, insieme al contesto di collocazione (area urbana o non urbana), rappresenta una delle due variabili indipendenti rispetto alle quali è possibile identificare alcune ricorrenze significative. Tutte le altre variabili osservate, e descritte nel par. 13.4, al contrario, non presentano differenze. In particolare, indipendentemente dalla denominazione adottata, nella quasi totalità delle regioni è simile il mix di servizi integrati in tali strutture. Ciò non significa che ciascuna delle CdS sia uguale alle altre, ma semplicemente

che non si verificano delle differenze rilevanti dovute alla collocazione regionale, per lo meno in questa fase di sviluppo. I modelli deliberati dalle regioni tendono a convergere e, anche nei pochi casi in cui i modelli regionali divergono, la concreta operatività non sembra essere particolarmente toccata. Così il peculiare caso delle MGI del Veneto (dove non esiste un modello definito per le strutture territoriali), la diversa afferenza organizzativa delle strutture (dal distretto o dal dipartimento) o la distinzione tra CdS e OSCO (effettuata da alcune regioni in presenza di degenza territoriali) non si riflettono nel modello operativo sostanziale.

Se i disegni regionali non sembrano influenzare l'operatività, altre variabili, quali la precedente destinazione della struttura e il contesto in cui è collocata (urbano o non urbano), giocano invece un ruolo di rilievo. Rispetto alla seconda variabile, in particolare, l'analisi ha messo in evidenza alcuni elementi distintivi delle strutture urbane rispetto a quelle non urbane. Tali sono:

- ▶ la focalizzazione sull'assistenza primaria e la gestione delle cronicità (la presenza di altri servizi sanitari specialistici risulta significativamente ridotta);
- ▶ l'assenza di moduli di degenza territoriali;
- ▶ la composizione della comunità professionale (formata in prevalenza da MMG e infermieri);
- ▶ una maggiore capacità di reclutamento e coinvolgimento dei MMG;
- ▶ gli orari di apertura (12 ore).

Nella parte finale del questionario è stato chiesto agli intervistati di segnalare le difficoltà incontrate nel consolidamento della CdS. Uno dei temi più trattati è quello della multi-disciplinarietà e della multi-professionalità che si sovrappone, in parte, al problema del reclutamento e coinvolgimento dei MMG. Inoltre, gli intervistati sottolineano le difficoltà incontrate nel rendere concreta l'integrazione ospedale-territorio e tra professionisti afferenti a diverse funzioni dell'azienda.

A conclusione, si vogliono sottolineare almeno tre questioni critiche per lo sviluppo del modello della CdS.

La prima, attiene al *trade off* tra esigenze di prossimità (vicinanza agli utenti e comunità servite) e di economie di scala (concentrazione in un unico luogo fisico di più servizi, professionalità e dotazioni strumentali). I modelli deliberati da alcune regioni cercano di tenere insieme questi due elementi attraverso la classica soluzione *hub&spoke* di matrice ospedaliera. La potenziale contraddizione insita nel modello non sembra, tuttavia, ancora risolta e, in prospettiva, potrebbe condizionare la diffusione dell'esperienza.

La seconda, riguarda alcuni evidenti limiti nello sviluppo di specifici strumenti a supporto della sanità d'iniziativa. Sebbene l'81% delle CdS dichiarò di avere attivato progetti di sanità d'iniziativa, solo la metà delle CdS presenta

flussi informativi dedicati e solo l'8% controlla l'aderenza ai percorsi attraverso indicatori. Anche per altri strumenti di gestione attiva della popolazione e dei rapporti con gli utenti (*population health management*, marketing, ecc.) il grado di diffusione e consolidamento rilevato nelle CdS appare insufficiente.

La terza, riguarda le modalità di connessione «al di fuori delle mura fisiche». Nei diversi propositi regionali, la CdS non si qualifica solo come un centro sanitario polifunzionale, ma piuttosto come un luogo in grado di interagire proattivamente nella comunità di riferimento. Alcuni segnali di avvicinamento a questo ideale ci sono (testimoniati dall'inclusione degli assistenti sociali, del volontariato e, in alcuni casi, di coinvolgimento attivo della popolazione). La percezione rilevata (e variamente espressa nella parte finale della *survey* dagli intervistati) è tuttavia di un qualche tipo di carenza in quest'area di sviluppo e consolidamento della CdS. Ancora una volta, non stupisce che le regioni più avanzate vogliano investire, in questa fase storica, proprio nel rafforzamento dei collegamenti con le comunità locali e con le diverse istituzioni che al territorio appartengono.

Rispetto alle sfide del futuro prossimo è interessante richiamare qui gli obiettivi e le indicazioni proposte dal Gruppo interregionale di lavoro «Case della Salute/Case della Comunità»⁶. Nelle riflessioni di tale Gruppo emerge che la CdS dovrebbe essere caratterizzata proprio dalla tessitura di una rete (i cui nodi sono rappresentati dalla persona, dalla relazione tra pari, dalla salute, dalla comunità e dal welfare) che le permetta di essere «in continua ricerca e sperimentazione per rispondere in modo appropriato ai bisogni della comunità, inclusiva, aperta, completa ed efficiente, relazionale, globale, in ascolto, trasversale alla società, a gestione sociale». Il primo prodotto del Gruppo è stata la definizione condivisa e basata sull'esperienza di un percorso con sei obiettivi e azioni base per la costruzione di una CdS con le caratteristiche di una «Casa della Comunità» (Campedelli, 2016; Prandi e Riboldi, 2016) (i) andare verso (far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza); (ii) cercare chi non arriva (porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano le persone ad alto rischio di vulnerabilità); (iii) sviluppare una visione condivisa di salute (promuovere la realizzazione di interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività con la comunità e le sue istituzioni formali e informali); (iv) rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica (realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate); (v) favorire il protagonismo della persona (sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale); (vi) favorire il protagonismo della comunità (dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati).

⁶ Si tratta di un gruppo spontaneo di operatori di differenti professionalità, con differenti affiliazioni e curricula che, da oltre due anni, ha attivato una riflessione sull'argomento promossa dalla Fondazione Santa Clelia Barbieri di Porretta Terme (BO) e dalla Fondazione Casa della Carità di Milano.

Bibliografia

- Abbinante M.M., Gorgoni G., Narracci O. (2016), *I Presidi territoriali in Puglia tra presente e futuro*, Salute e Territorio, Fascicolo 211, Anno XXXVII, Dicembre 2016, Pisa, Pacini Editore, pp. 1023-28.
- Barsanti S., Bonciani M. (2017) (a cura di), *Il Quaderno delle Case della Salute*, Polistampa, Firenze.
- Bonciani M., Barsanti S., Matarrese D. (2015), *Esperienze di integrazione nell'assistenza primaria basate sulla co-location dei servizi: quali prospettive per il modello delle Case della Salute?*, Mecosan, 96, pp. 81-121.
- Brambilla A., Maciocco G. (2016), *Le case della salute. Innovazione e buone pratiche*, Roma, Carocci.
- Campedelli M. (2016), *Note sulle Case della Salute. Tra riorganizzazione (sanitaria), integrazione (sociosanitaria) e ricomposizione di attori e determinanti di salute*. R&P, Il Pensiero Scientifico Editore, 33: pp. 63-71.
- Colombo M., Figorilli L. (2016), *La Casa della Salute al centro della rete territoriale*, Salute e Territorio, Fascicolo 211, Anno XXXVII, Dicembre 2016, Pisa, Pacini Editore, pp. 1017-23.
- Del Vecchio M., Prenestini A., Rappini V. (2014), «La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi», in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2014*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Prenestini A., Rappini V. (2016), «Le nuove strutture intermedie: modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio», in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2016*. Milano, Egea.
- Morando V., Tozzi V.D. (2016), «Lo zibaldone delle Cure intermedie in Italia», in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2016*. Milano, Egea.
- Prandi F., Riboldi F. (2016), *Riflettendo sulla «Casa della Salute»*, R&P, Il Pensiero Scientifico Editore, 32: pp. 113-125.
- Rappini V. (2016) (a cura di), *Le case della salute*, Salute e Territorio, Fascicolo 211, Anno XXXVII, Dicembre 2016, Pisa, Pacini Editore.
- Sarchi C. (2016), *Il nuovo sistema di welfare in Lombardia*, Salute e Territorio, Fascicolo 211, Anno XXXVII, Dicembre 2016, Pisa, Pacini Editore, pp. 1002-1007.

