Il management della salute di prossimità nelle aree rurali: sfide tra visione strategica e attuazione organizzativa

Position Paper a cura di CERISMAS, ASL di Bari, ASL 4 Chiavarese, ASST di Lecco, ASST di Melegnano e della Martesana, AUSL Modena, AOU e AUSL di Parma, AUSL di Piacenza, AUSL di Reggio Emilia-IRCCS, ASL Roma 4

VITA E PENSIERO

POSITION PAPER























Centro Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) - Antonella Cifalinò (Direttore CERISMAS, Professore associato di Programmazione e controllo in Università Cattolica del Sacro Cuore), Francesco Laurelli (membro del Consiglio Direttivo CERISMAS, già Direttore Generale della ASST di Melegnano e della Martesana)

Azienda Sanitaria Locale di Bari - Cristina Coppola (Dirigente Medico, Staff Direzione Sanitaria Aziendale), Simona Mudoni (Dirigente Medico, Staff Direzione Sanitaria Aziendale), Vito Piazzolla (Direttore Distretto Socio-Sanitario n. 1 e Direttore del Dipartimento di Riabilitazione), Luigi Rossi (Direttore Sanitario Aziendale), Rosella Squicciarini (Direttrice del Dipartimento di Assistenza Territoriale)

Azienda Sanitaria Locale 4 Chiavarese - Monica Figone (Funzionario Amministrativo, Coordinatore Amministrativo dei Servizi di Prossimità), Elio Menicocci (Dirigente Medico Struttura Semplice Dipartimentale Cure Primarie, Coordinatore Medico dei Servizi di Prossimità), Daniela Mortello (Direttore dei Distretti Socio-Sanitari n. 14-15-16 e della Struttura Semplice Dipartimentale Cure Primarie), Paolo Petralia (Direttore Generale), Maria Elena Secchi (Direttore Socio-Sanitario)

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Lecco - Roberta Ferradini (Coordinatore Infermieristico IFeC nei Distretti di Lecco e Bellano), Enrico Frisone (già Direttore Socio-Sanitario), Marco Enrico Grazioli (Dirigente delle Professioni Sanitarie, Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità), Gianluca Peschi (Direttore Socio-Sanitario)

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Melegnano e della Martesana - Daniela Luigia Invernizzi (Direttore di Distretto Alta Martesana), Roberta Labanca (Direttore Generale), Michela Mancini (Dirigente Professioni Sanitarie, Polo Territoriale), Maddalena Minoja (Direttore di Distretto Bassa Martesana Paullese), Paola Maria Pirola (Direttore Socio-Sanitario)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena - Romana Bacchi (Direttore Sanitario Aziendale), Imma Cacciapuoti (Dirigente Gestione Processi Assistenziali, Staff Tecnostruttura Sanitaria), Paola Guiducci (Responsabile integrazione processi e interventi di Area Socio-Sanitaria), Anna Maria Petrini (Direttore Generale), Maria Teresa Tassinari (Componente di Staff della Direzione delle Attività Socio-Sanitarie)

Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma - Massimo Fabi (Direttore Generale AOU e Commissario Straordinario AUSL), Matteo Garofano (Dirigente Sociologo, Unità operativa Complessa Interaziendale Formazione e Sviluppo Risorse Umane), Tiziana Meschi (Direttore di Unità Operativa Complessa di Medicina Interna di Continuità, Direttore del Dipartimento Interaziendale della Continuità e della Multicomplessità), Alberto Parise (Dirigente Medico Unità Operativa Complessa di Medicina Interna di Continuità, Dipartimento Interaziendale della Continuità e della Multicomplessità), Giuseppina Rossi (Direttore del Dipartimento Interaziendale Valutazione e Controllo, Direttore del Distretto Valli Taro e Ceno)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza - Paola Bardasi (Direttore Generale), Corrado Cappa (Direttore Unità Operativa Complessa Psichiatria di collegamento), Costanza Ceda (Direttore del Distretto di Levante), Eleonora Corsalini (Direttore attività socio-sanitarie), Giuseppe Magistrali (Direttore del Distretto di Ponente)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia-IRCCS - Barbara Gilioli (Dirigente Amministrativo, Direttore del Distretto di Montecchio Emilia), Cristina Marchesi (Direttore Generale), Michele Pescetelli (Dirigente Medico, Responsabile Cure Primarie Area Nord), Benedetta Riboldi (Dirigente Sociologo, Direzione Attività Socio-Sanitarie), Massimo Vicentini (Dirigente Biologo, Servizio di Epidemiologia)

Azienda Sanitaria Locale Roma 4 - Giacomo Furnari (Direttore di Distretto n.3), Cristina Matranga (già Direttore Generale), Katy Pelagagge (Staff Direzione Generale), Giuseppina Poliandri (Direttore di Distretto n.4), Leonardo Spaziani (Referente Aziendale DM 77/2022)

Si prega di citare il lavoro come segue: Cifalinò A. et al. (2025), *Il management della salute di prossimità nelle aree rurali: sfide tra visione strategica e attuazione organizzativa*, Vita e Pensiero, Milano, ISBN 978-88-343-5772-9

Il management della salute di prossimità nelle aree rurali: sfide tra visione strategica e attuazione organizzativa

Position Paper a cura di CERISMAS, ASL di Bari, ASL 4 Chiavarese, ASST di Lecco, ASST di Melegnano e della Martesana, AUSL Modena, AOU e AUSL di Parma, AUSL di Piacenza, AUSL di Reggio Emilia-IRCCS, ASL Roma 4

VITA E PENSIERO

www.vitaepensiero.it

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.
Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail: autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org

© 2025 Vita e Pensiero - Largo A. Gemelli, 1 - 20123 Milano
ISBN 978-88-343-5772-9

Indice

Prefazione		8
I.	Introduzione	14
II.	Quali aree rurali? Adottare una prospettiva pragmatico-manageriale nella delimitazione del campo di indagine	17
III.	La prima sfida manageriale: conoscere e riconoscere le caratteristiche delle aree rurali afferenti alla propria azienda	21
IV.	La seconda sfida manageriale: attivare una visione partecipata e responsabile di generazione di salute di prossimità nelle aree rurali	33
V.	La terza sfida manageriale: agire soluzioni organizzative a responsabilità diffusa, integrate e flessibili per garantire salute di prossimità nelle aree rurali	43
VI.	La quarta sfida manageriale: investire nei fattori abilitanti il cambiamento in prospettiva di salute di prossimità nelle aree rurali	68
VII.	Fattori istituzionali abilitanti la generazione di salute di prossimità nelle aree rurali	82
VIII.	Conclusioni	85
Indice dei box		87
Bibliografia		90

Prefazione

L'Italia si distingue nel panorama internazionale per l'elevato numero di soggetti anziani e molto anziani[1] presenti nel Paese. Il fenomeno della transizione demografica correla con una transizione epidemiologica del Paese orientata ad un aumento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche, che infatti risultano in aumento al crescere dell'età[2]. A tale dato si sommano gli esiti della pandemia da Covid-19, che hanno evidenziato la necessità di un rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale.

Tali premesse hanno condotto ad una riforma strutturale ed organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a partire dalla necessità di digitalizzazione dei processi di cura. Infatti, l'Italia sta investendo sul consolidamento della sanità digitale, con l'obiettivo di ridurre le disomogeneità geografiche, derivanti dalle differenti condizioni orografiche del Paese, e di garantire equità di accesso ai servizi sanitari a parità di qualità e sicurezza assistenziale.

In quest'ottica, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e più specificatamente la relativa riforma della Missione 6 Componente 1 (M6C1), normata con DM n. 77/2022 "*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*"[3], hanno permesso di promuovere l'implementazione di soluzioni digitali innovative sull'intero territorio nazionale. Tali innovazio-

---

[1] *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021* – Ministero della Salute, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica. Anno 2022.

[2] *Piano Nazionale della Cronicità* - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 - Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

[3] Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022, "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*" – GURI n. 144 del 22 giugno 2022.

ni riguardano: la telemedicina, l'intelligenza artificiale a supporto delle cure primarie, lo sviluppo di *software* orientati alla facilitazione dell'interoperabilità dei sistemi e il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – tra cui il fascicolo sanitario elettronico (FSE), nonché l'adozione di nuovi flussi informativi nazionali (ospedali di comunità, consultori familiari, etc.)

Occorre ricordare che, in tale contesto, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha un duplice ruolo: quello di Amministrazione Attuatrice per gli investimenti, ricompresi nella M6C1 del PNRR - portale della trasparenza, progetto pilota intelligenza artificiale, telemedicina (di cui la piattaforma nazionale di telemedicina e i servizi di telemedicina); e quello di fornire supporto tecnico-operativo per le restanti linee di investimento della citata M6C1, atte all'implementazione di nuovi modelli organizzativi della rete dell'assistenza sanitaria territoriale, quali case della comunità (CdC), centrali operative territoriali (COT), ospedali di comunità (OdC) e assistenza domiciliare. La realizzazione degli interventi sopracitati è resa operativa anche attraverso un costante monitoraggio semestrale affidato ad AGENAS su mandato del Ministero della Salute[4].

Infine, nell'ambito di tale contesto, con Legge 28 marzo 2022 n. 25[5], AGENAS diviene Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale (ASD), con l'obiettivo di garantire omogeneità a livello nazionale ed efficienza nell'attuazione delle politiche di digitalizzazione del settore sanitario e nell'erogazione dei servizi sanitari anche attraverso le soluzioni di telemedicina.

La riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, normata con DM77/2022, mira quindi a definire la costruzione di un percorso strategicamente omogeneo per il Paese, che sia capace di raggiungere in maniera capillare le diverse Aziende Sanitarie che occupano il territorio nazionale. Tale percorso offre le basi per l'implementazione di un nuovo modello organizzativo da cui discende la necessità di formare il personale sanitario e i fruitori dei sistemi di

[4] DM 23 maggio 2022, n. 77 art. 2 c. 1
[5] Conversione in Legge, con modificazioni, del DL 27.01.2022, n. 4 - GURI del 28 marzo 2022 n. 73

cura in termini di alfabetizzazione digitale. La sanità digitale e lo sviluppo di competenze digitali devono, in questo senso, integrarsi nei processi sanitari attualmente in essere nelle diverse realtà regionali e aziendali, concorrendo al consolidamento di un processo di miglioramento e innovazione, a parità di efficienza, efficacia e sicurezza.

Quanto premesso offre l'occasione di presentare un documento che si prefigge il prezioso obiettivo di individuare e diffondere le iniziative territoriali specifiche, frutto delle *expertise* locali che hanno affrontato le criticità connesse al territorio di pertinenza nel modo più adatto al proprio contesto geografico e sociale, sviluppando soluzioni concrete.

In questo senso, ci preme sottolineare l'importanza della diffusione e adozione delle *best practice* e per adempiere a ciò è imprescindibile la pubblicazione di documenti, come il presente, in cui vi è un confronto fra le realtà locali che promuovono soluzioni volte a migliorare l'assistenza della popolazione locale e quindi del Paese. Tali iniziative costruiscono connessioni utili e necessarie tra i nuovi modelli organizzativi previsti dal DM77/2022 e la popolazione occupante il territorio: solo in questo modo si rende possibile conseguire realmente l'obiettivo della medicina di prossimità.

Il contesto rurale è certamente uno dei più complessi da affrontare, in quanto la medesima popolazione distribuita su una superficie maggiore è molto più difficile da raggiungere per determinati servizi che necessitano di essere capillari e quasi sempre a questa criticità si associa la difficile condizione delle infrastrutture stradali, responsabili di ampliare le già esistenti distanze geografiche. Inoltre, le peculiarità orografiche, quali le catene montuose, mari o confini statali/regionali potrebbero concorre ad aumentare ulteriormente la complessità del contesto. Infine, le aree rurali si accompagnano sovente ad una scarsa attrattività occupazionale che si traduce nella difficoltà di reperire specifiche figure professionali per l'organico dei servizi, specialmente in un contesto storico, come quello che stiamo vivendo, di forte riduzione della popolazione attiva e di carenze specifiche di personale sanitario.

Sono questi e numerosi altri i parametri tipici dei contesti rurali che rendono fondamentale un percorso di confronto e ricerca di

soluzioni strategiche e partecipate da tutti gli *stakeholder* coinvolti nei processi decisionali, con l'obiettivo finale di garantire la diffusione capillare dei servizi territoriali del Servizio Sanitario Nazionale a beneficio di tutta la popolazione locale e, quindi per estensione, di tutto il Paese.

Alice Borghini
MD, PhD, Responsabile UOSD Sanità digitale e telemedicina, Age.Na.S.

Paolo Ursillo
MD, Incarico Professionale Organizzazione Modelli Sanitari Territoriali, Age.Na.S.

Il management della salute di prossimità nelle aree rurali

I. Introduzione

Negli ultimi due anni CERISMAS ha promosso lo studio delle sfide manageriali connesse alla generazione di salute di prossimità, in stretta continuità con la propria natura istituzionale di associazione finalizzata a promuovere apprendimento e innovazione sui temi del management sanitario e socio-sanitario, attraverso una sinergica collaborazione tra università e aziende volta a coniugare rigore nei metodi di analisi e rilevanza dei problemi oggetto di intervento. Muovendo da un'idea inizialmente condivisa tra CERISMAS e la ASL Roma 1, si è inteso avviare una riflessione non solo concettuale, ma anche e soprattutto applicativa, avente per oggetto l'interpretazione (prima) e la sperimentazione sul campo (poi) dell'applicazione del principio di prossimità nell'ambito dell'innovazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, così come promosso dalla Missione 6 del PNRR e dai successivi documenti di indirizzo.

Tale impegno si è articolato in due Tavoli di lavoro focalizzati rispettivamente sulle aree metropolitane e rurali. Il Tavolo di lavoro relativo alle aree metropolitane, a cui hanno aderito le aziende AUSL di Bologna, ATS Città Metropolitana di Milano, ASL Roma 1 e ASL Napoli 1 Centro, è esitato nella pubblicazione del Position Paper dal titolo *Prefigurare e agire il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane nel SSN* (Cifalinò *et al.*, 2023). Le riflessioni elaborate nel secondo Tavolo di lavoro relativo alle aree rurali, a cui hanno aderito le aziende ASL di Bari, ASL 4 Chiavarese, ASST di Lecco, ASST di Melegnano e della Martesana, AUSL di Modena, AOU e AUSL di Parma, AUSL di Piacenza, AUSL di Reggio Emilia-IRCCS, ASL Roma 4, sono sintetizzate nel presente documento.

Entrambi i percorsi riflessivi muovono dalla considerazione che il PNRR, anche su impulso della pandemia, prevede l'evoluzione del Servizio Sanitario verso nuovi interventi di prossimità, vicini alle co-

munità e progettati con e per le persone, quale premessa per garantire i principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità su cui è fondato. Inoltre, il DM 77/2022 definisce modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel nostro Paese. La posta in gioco, tuttavia, non implica la mera riprogettazione operativa di strumenti e modelli attuativi, bensì una profonda riflessione sulla relazione di servizio con i cittadini, a partire dall'interpretazione dello stesso concetto di prossimità, da delineare in coerenza con i contesti locali di riferimento.

Muovendo da tali considerazioni, lo spirito di fondo promosso dai due Tavoli di lavoro CERISMAS consiste nel contribuire al dibattito nazionale in corso, privilegiando un approccio di messa in critica discussione dei paradigmi strategici, organizzativi e manageriali implicati dalle sfide della prossimità, evitando di delineare modelli e strumenti operativi *standard* che, se non opportunamente declinati rispetto ai contesti di riferimento, sono forieri di rischi di riduzionismo della complessità dei fenomeni in atto.

Dopo aver affrontato le aree metropolitane, la scelta di approfondire le riflessioni relative alle aree rurali è giustificata da un duplice ordine di considerazioni: da un lato, esigenze di tutela dell'equità di salute impongono di considerare questi contesti, così diffusi sotto il profilo geografico nel nostro Paese; dall'altro lato, peculiarità e specifiche esigenze dei contesti rurali (ad esempio in termini di topografia dei territori, accesso e distanza rispetto alle infrastrutture delle reti urbane, caratteristiche demografiche, economiche e sociali della popolazione) determinano la necessità di declinare l'interpretazione attuativa del management della salute di prossimità in coerenza con tali elementi.

L'obiettivo del presente documento consiste nel sintetizzare i principali apprendimenti emersi nel secondo Tavolo di lavoro (d'ora in poi Tavolo di lavoro CERISMAS) a beneficio delle istituzioni, delle aziende, dei dirigenti e dei professionisti interessati dalle innovazioni in atto nel SSN. In particolare, i messaggi chiave emersi dal confronto interaziendale sono sintetizzati come segue:

- la sezione 2 propone una delimitazione del concetto di aree rurali adottata nel presente lavoro, secondo una prospettiva di pensiero pragmatico-manageriale;
- la sezione 3 mette in luce, come prima sfida manageriale, la ne-

cessità di conoscere e riconoscere le caratteristiche che contraddistinguono le aree rurali afferenti ad un dato contesto aziendale;
- nella sezione 4 si tracciano, come seconda sfida manageriale, gli elementi strategici fondanti una visione partecipata e responsabile di generazione di salute di prossimità nelle aree rurali;
- la sezione 5 sintetizza, come terza sfida manageriale, una serie di punti di attenzione nel progettare e attuare soluzioni organizzative a responsabilità diffusa, integrate e flessibili per garantire salute di prossimità nei contesti rurali;
- la sezione 6 analizza, come quarta sfida manageriale, le principali determinanti strategiche volte a sostenere lo sviluppo della salute di prossimità nei contesti oggetto di indagine, così come emerso nell'esperienza interaziendale;
- la sezione 7 identifica e commenta sinteticamente alcune determinanti istituzionali che possono abilitare o facilitare la prefigurazione e l'attuazione di innovazioni aziendali volte a promuovere un'efficace ed equa salute di prossimità nelle aree rurali.

II. Quali aree rurali? Adottare una prospettiva pragmatico-manageriale nella delimitazione del campo di indagine

Nel corso dei decenni si è sviluppata una significativa attenzione al tema delle differenze di salute riconducibili alle **caratterizzazioni urbane e rurali dei territori**. Affrontare le disparità indotte dalle differenze territoriali per raggiungere **equità di salute** è divenuta una priorità nelle agende dei *policy maker* e del management dei servizi pubblici. Il principio di equità, ampiamente dibattuto in letteratura, è particolarmente articolato (Lane *et al.*, 2017; Cifalinò, Lisi e Passetti, 2017). Sotto il profilo normativo, esso attiene alla sfera della giustizia sociale, qualificandosi come principio volto a garantire pari diritti e opportunità di salute ai cittadini (Braveman e Gruskin, 2003). Infatti, secondo un'accezione ampiamente condivisa, perseguire equità in sanità significa ridurre il più possibile le differenze di salute derivanti da fattori considerati non solo evitabili, ma anche ingiusti (Whitehead, 1992). Muovendo sul piano di una definizione più "operativa", è opportuno distinguere equità nella salute ed equità nei servizi (per es., Braveman, 2006; Whitehead, 1992). La prima accezione (*i.e.*, equità nella salute) riguarda l'assenza di sistematiche disparità nello stato di salute osservabile in diversi gruppi di persone variamente definiti, come ad esempio sotto il profilo della residenza urbana piuttosto che rurale. Questa visione sociale di equità è divenuta un tema centrale, in quanto le disparità nello stato di salute sono biunivocamente collegate ai vantaggi ovvero agli svantaggi sociali caratterizzanti diversi gruppi di persone (Braveman, 2006; Costa *et al.*, 2014). In altri termini: da un lato, l'essere in una posizione sociale più o meno avvantaggiata implica la possibilità di trovarsi in uno stato di salute più o meno elevato; dall'altro lato, l'iniquità nella salute pone, a propria volta, gruppi già socialmente svantaggiati in una condizione di ulteriore svantaggio. La seconda accezione (*i.e.*, equità nei servizi) ha per oggetto specifico l'erogazione dei servizi sanitari

e socio-sanitari da cui dipendono gli esiti di salute. Perseguire equità nei servizi significa, dunque, differenziare i servizi rivolti a diversi gruppi di popolazione, in coerenza con le specifiche caratteristiche di ciascun gruppo, al fine di garantire pari esiti di salute. Lungo tale linea di pensiero si sono diffuse, su scala globale, varie definizioni di aree rurali su cui fondare politiche governative volte ad orientare e sostenere la salute al di fuori dei centri urbani.

Generalmente, per **definire le aree rurali** si fa riferimento a **molteplici criteri di classificazione**, quali la topografia dei territori, l'accesso e la distanza rispetto alle infrastrutture delle reti urbane, le caratteristiche demografiche, economiche e sociali della popolazione, variamente misurati ad esempio in termini di isolamento geografico, distanza o tempi di percorrenza dai centri urbani, densità della popolazione. Sulla base di questi attributi sono state proposte diverse definizioni di aree rurali a livello tanto di politiche per la salute, quanto di letteratura accademica. A titolo esemplificativo, la tassonomia OECD ha distinto le aree prevalentemente urbane, significativamente rurali e prevalentemente rurali, mentre a livello nazionale si è fatto riferimento alla classificazione tra aree di cintura e aree interne, queste ultime a loro volta distinguibili in aree intermedie, periferiche e ultra-periferiche.

Due elementi emergono da quanto sinora tratteggiato. Da un lato, se si adotta una **prospettiva di pensiero analitico-scientifico**, l'assenza di una definizione standardizzata e universalmente accettabile di aree rurali rischia di ostacolare la diffusione di politiche e programmi a sostegno della salute nelle aree rurali, oltre che di ricerche comparative a livello internazionale. Dall'altro lato, tuttavia, se si adotta una **prospettiva di pensiero pragmatico-manageriale**, è indubbio osservare come la varietà delle classificazioni proposte consente di superare il riduzionismo insito in una mera contrapposizione dicotomica tra aree urbane e rurali per proporre una visione caratterizzata da progressività e continuità, fondata su tassi di urbanizzazione decrescente ovvero di isolamento crescente. A nostro avviso, questo secondo aspetto è foriero di indubbi benefici perché consente (prima) di far emergere tratti strategici che accomunano situazioni definibili (in parte o *in toto*) rurali e (poi) di differenziare in maniera granulare diverse linee di intervento in funzione dei diversi contesti locali.

A parere di chi scrive, al fine di affrontare le sfide imposte dall'at-

tuazione del DM 77/2022 risulta particolarmente opportuno adottare questo approccio pragmatico-manageriale che, superando gli aspetti meramente definitori e classificatori delle tipologie di aree territoriali, focalizza i **principali elementi da considerare nel prefigurare (prima) e realizzare (poi) efficaci ed eque strategie di intervento per una salute di prossimità negli ambienti rurali**. Ai fini del presente lavoro, pertanto, con il termine "rurali" si considerano le aree che, seppur caratterizzate da una differente intensità di isolamento, presentano comuni sfide sul piano del management della salute di prossimità. Ci si riferisce dunque alle aree che presentano significativi o predominanti tratti rurali, includendo ad esempio non solo le aree remote, ma anche quelle peri-urbane e intermedie, in quanto presentano tratti comuni e distinti rispetto alle esigenze che si manifestano nelle aree a marcata predominanza urbana[6].

Nell'esperienza delle aziende aderenti al Tavolo di Lavoro CERISMAS, tra le caratteristiche delle aree rurali che pongono maggiori sfide sul piano della salute di prossimità si annovera, ad esempio, la difficoltà di accesso ai servizi per ragioni legate al territorio (distanza geografica e difficoltà nei collegamenti), allo stato socio-culturale di alcune popolazioni rurali (alti indici di anzianità, bassi livelli di scolarità e divario digitale), alla carenza di infrastrutture e servizi pubblici o a valenza pubblica, da cui deriva una minore adesione alla prevenzione secondaria con inevitabile impatto sugli esiti di salute. Inoltre, le istituzioni locali delle aree rurali presentano soventemente una limitata possibilità di spesa che rischia di ostacolare o rallentare il pieno sviluppo di nuovi modelli di intervento. Allo stesso tempo, tuttavia, le aree rurali possono essere portatrici di opportunità che, una volta riconosciute e valorizzate, facilitano la costruzione di percorsi di generazione di salute. Si pensi, ad esempio, alla possibilità di far leva su un elevato senso di identità comunitaria presente in alcune zone rurali, alla presenza di enti del terzo settore talora molto attivi, alla maggior solidità della rete sociale anche in virtù di intense relazioni informali di conoscenza e di fiducia tra i membri della comunità, ai minor tassi di inquinamento ambientale nelle zone montane.

Muovendo dalla delimitazione del campo di indagine presenta-

[6] Si rinvia ad altri contributi per l'analisi degli elementi di specificità utili per differenziare il disegno dei servizi nelle differenti tipologie di aree rurali.

ta in questa sezione, nella restante parte del paper si presentano le **principali sfide manageriali da affrontare per garantire una efficace, equa e sostenibile costruzione di percorsi di generazione di salute nelle aree rurali**. Nonostante si tratti di aspetti per loro natura fortemente interconnessi, in quanto caratterizzati da relazioni sinergiche e reciproche, per esigenze di chiarezza espositiva tali sfide vengono presentate in sequenza secondo un ordine logico di pensiero.

III. La prima sfida manageriale: conoscere e riconoscere le caratteristiche delle aree rurali afferenti alla propria azienda

L'**analisi situazionale** rappresenta un imprescindibile punto di partenza per la prefigurazione di efficaci strategie di management dei servizi pubblici territoriali (Cifalinò, 2007). Tipicamente, l'analisi strategica situazionale deve adottare un approccio sistemico che, nel caso di specie, porta a considerare molteplici elementi tra cui spiccano le caratteristiche della popolazione (laddove nella prospettiva delle aziende socio-sanitarie i singoli possono essere pazienti o cittadini a cui rivolgere servizi di cura e assistenza, piuttosto che professionisti della salute o membri attivi nelle istituzioni civiche e del terzo settore) e la strutturazione della rete dei servizi (accessibilità dei servizi pubblici, infrastrutture di viabilità, reti di telecomunicazione).

Nell'esperienza emersa dalle aziende aderenti al Tavolo di lavoro CERISMAS, si conferma che l'analisi situazionale delle aree rurali deve fondarsi sulla considerazione non solo delle singole variabili che le caratterizzano, ma anche delle relazioni di interdipendenza che le condizionano vicendevolmente. Si pensi, ad esempio, alle opportunità presenti nelle comunità rurali caratterizzate da una forte identità locale e da uno spiccato senso di appartenenza in cui la distribuzione della popolazione conserva fasce giovanili e adulte, facilitate dalla presenza di servizi di istruzione di prossimità e da potenti reti di connettività digitale a supporto dello *smart working*. Al contrario, si pensi alle difficoltà nutrite dalle comunità ad elevata deprivazione sociale, quali le aree remote in cui i fenomeni di progressivo spopolamento esitano nella presenza di grandi anziani soli ovvero le situazioni peri-urbane ad alto tasso di immigrazione e pendolarismo diurno lavorativo. Si tratta di casi tra loro decisamente differenti, ma accomunati dalla necessità, sotto il profilo manageriale, di un complessivo riconoscimento delle specificità dei singoli territori per poter attivare una **progettazione differenziata, mirata e coerente dei servizi di prossimità**.

Di conseguenza, per realizzare efficaci azioni di management della salute di prossimità, occorre in primo luogo adottare una **elevata granularità** nell'analisi situazionale. L'oggetto di investigazione deve necessariamente dettagliarsi a livello sub-distrettuale così da effettuare un'accurata analisi dei bisogni e una capillare ricognizione delle risorse professionali e civiche attivabili nel contesto locale, per poter poi disegnare soluzioni integrate in grado di attivare servizi, in presenza e in telemedicina, non solo a livello locale, ma anche in interconnessione con altri territori distrettuali, aziendali e persino extra-aziendali. Lungo tale linea di pensiero, i Box 1 e 2 esemplificano l'utilità dell'analisi situazionale per la progettazione dei servizi di comunità rispettivamente nell'esperienza delle 5 aree sub-distrettuali relative al Distretto 4 della ASL Roma 4, di cui seguiranno ulteriori esemplificazioni in successivi Box, e nel caso del Comune di Poggiorsini afferente al Distretto 4 della ASL di Bari.

Box 1 - Il Distretto 4 della ASL Roma 4

Il Distretto 4, collocato a nord-est, è il più esteso della ASL Roma 4 e comprende 17 comuni. Presenta una popolazione di circa 110.000 abitanti, distribuita in modo non omogeneo tra comuni con qualche centinaio di abitanti e comuni con circa 15.000 abitanti. Il territorio è attraversato da tre assi viari longitudinali (Cassia, Flaminia e Tiberina), mentre mancano strade trasversali scorrevoli, facilitando di conseguenza i trasporti verso la capitale e non il collegamento tra i servizi localizzati nelle diverse parti del distretto. Questa articolazione della rete viaria, unitamente alla carenza di trasporto pubblico, favorisce la migrazione degli utenti verso le strutture sanitarie della capitale e delle ASL confinanti, raggiungibili in minor tempo rispetto ai presidi ospedalieri aziendali di Civitavecchia e Bracciano. Altra caratteristica peculiare del Distretto 4 è l'assenza di ospedali per acuti, pubblici e privati accreditati, mentre è presente il Consorzio Valle del Tevere, ente pubblico a cui afferiscono 17 Comuni consorziati, che si occupa della gestione del sistema integrato di *welfare* locale e degli interventi e dei servizi alla persona.

La considerazione delle suddette caratteristiche del Distretto, unitamente all'analisi delle variabili sociali, economiche ed epidemiologiche della popolazione residente, realizzata grazie alla collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, ha consentito di evidenziare 5 distinte aree sub-distrettuali a cui indirizzare una progettazione mirata dell'offerta dei ser-

vizi socio-sanitari territoriali. La possibilità di riferirsi al Consorzio come unico interlocutore per l'integrazione sociosanitaria, superando il rischio di frammentazione legato ad un confronto con 17 diversi uffici di piano, ha permesso una progettazione dei servizi territoriali omogenea e integrata, nonché una elevata razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse. La presenza del Consorzio ha altresì facilitato l'attivazione di processi partecipati di *community building*, con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore, consentendo di riprogettare più efficaci percorsi assistenziali per la presa in carico dei pazienti cronici e dei pazienti fragili, nonché di attivare servizi socio-sanitari adeguati alle esigenze della popolazione ed ispirati al paradigma della medicina di prossimità. Infine, in considerazione della viabilità del territorio che agevola il raggiungimento di presidi ospedalieri afferenti ad altre aziende, è stata siglata una convenzione tra la ASL Roma 4, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea e le ASL limitrofe di Roma 1 e Roma 5 per il consolidamento dei percorsi di *transitional care* e il rafforzamento della rete ospedale-territorio, favorendo continuità e coerenza nella presa in carico del paziente.

Box 2 - Il comune di Poggiorsini nel Distretto 4 della ASL di Bari

La ASL Bari opera su un territorio di 3.862,88 Km^2, coincidente con la provincia di Bari, su cui risiedono complessivamente 1.226.784 abitanti, con una densità pari a 317,6 abitanti per Km^2, distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in 12 distretti socio-sanitari. Dalla stratificazione epidemiologica dei distretti emergono i comuni con bassa densità di popolazione, elevata popolazione anziana, ridotta presenza di servizi pubblici ed elevato indice di deprivazione, come il comune di Poggiorsini che fa parte del distretto 4 insieme ad Altamura, Gravina e Santeramo in Colle. Ad inizio 2023, questo comune contava 1279 cittadini, afferenti a 322 famiglie, per il 23% anziani.

Grazie ad una analisi situazionale, si sono individuate le fasce più fragili della popolazione e di conseguenza attivati percorsi di cura e assistenza, nonché partecipazione associativa e comunitaria finalizzata all'inclusione sociale, economica e culturale. Nel loro complesso, si è valorizzata la rete delle comunità professionali, che tra gli altri include due medici di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medici di medicina generale) localizzati nel comune, oltre che assistenza pediatrica e centri diurni per disabili presenti nel comune limitrofo di Gravina in Puglia (distante 20 km). I servizi erogati nel comune di Poggiorsini includono attività domiciliare (assistenza domiciliare integrata di primo, secondo e terzo livello, assistenza domiciliare temporanea, assistenza

domiciliare programmata, assistenza ambulatoriale pediatrica in favore di minori), progetti individuali finanziati dalla Regione per agevolare l'inserimento socio-lavorativo e l'autonomia delle persone con disabilità motorie e psichiche (Pro.V.I. - Progetti di Vita Indipendente), servizio trasporto disabili. Nel comune sono anche presenti un centro diurno polivalente per anziani, una casa famiglia per persone con problematiche psico-sociali (attualmente ospita 16 disabili di cui uno solo è cittadino residente), una struttura residenziale per donne con figli minori in difficoltà socio-ambientale, una farmacia, un poliambulatorio distrettuale (attivo 2 giorni a settimana), l'ufficio di anagrafe sanitaria (attivo 1 giorno a settimana) e una sede del CUP.

Tenuto conto dell'elevata età media della popolazione, dovuta al tasso di spopolamento connesso all'esodo delle giovani generazioni verso le aree urbane e intermedie, della consistente prevalenza di malattie croniche unitamente alle difficoltà di mobilità e alla diminuzione dell'autosufficienza, si è avviato un progetto di telemedicina, da integrare nel complessivo disegno dell'articolazione delle strutture di prossimità previste dal DM 77.

In secondo luogo, tenuto conto della particolare rilevanza assunta dalle determinanti sociali della salute nelle aree rurali, in considerazione del rischio di isolamento che le contraddistingue, l'analisi dei bisogni di queste comunità richiede una particolare enfasi alla necessità di **far emergere le fragilità latenti e sommerse**, non solo attraverso puntuali metodi di **stratificazione dei bisogni** tipici dell'epidemiologia sociale, ma anche grazie a capillari **azioni sul campo** tra cui spiccano le iniziative di *screening* domiciliare ad opera degli infermieri di famiglia e di comunità e i progetti di ascolto attivo delle reti civiche locali. Tali approcci, rispettivamente quantitativi e qualitativi, agiscono e si rafforzano in maniera complementare: da un lato, le analisi di stratificazione dei bisogni permettono una mappatura sistematica dei diversi contesti sulla base di informazioni validate a livello istituzionale; dall'altro lato, le azioni sul campo consentono di interagire direttamente con utenti e cittadini per approfondire la conoscenza dei bisogni, la comprensione delle loro determinanti e, nel contempo, porre le premesse per una costruzione partecipata dei percorsi di cura e assistenza anche grazie all'identificazione delle risorse di comunità disponibili. Nei Box 3 e 4 si riportano rispettivamente le esperienze di utilizzo dei metodi di stratificazione dei bisogni realizzate dalle Aziende Sanitarie di Parma e dalla ASL Roma 4.

Box 3 - Mappe multidimensionali integrate dei bisogni di salute: un laboratorio di Population Health Management nelle Aziende Sanitarie di Parma

Le recenti novità introdotte dal Decreto del Ministero della Salute 77/2022 mirano, fra le altre cose, a rafforzare e valorizzare i servizi sanitari territoriali anche mediante «logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni finalizzata alla programmazione e presa in carico». La finalità è improntare la pianificazione delle attività sanitarie territoriali sulle strategie di salute di popolazione, cogliendone le complessità in termini demografici, epidemiologici e socio-economici (età, sesso, presenza di una o più patologie croniche, determinanti sociali, ecc.). Al fine di perseguire tale obiettivo, è stato attivato un *team* di progetto interaziendale (AUSL e AOU di Parma) e multiprofessionale, composto da medici igienisti, esperti di statistica e sociologi, con un forte mandato da parte delle direzioni aziendali di elaborare mappe multidimensionali che consentissero una maggiore conoscenza del territorio provinciale utilizzando i dati presenti nelle principali banche dati disponibili. I lavori del *team* di progetto si sono articolati in una prima fase di analisi e selezione dei flussi informativi, previa definizione dei criteri di inclusione/esclusione delle banche dati (disponibilità, accessibilità, granularità, ampiezza). Nella seconda fase sono state definite le dimensioni prioritarie da rappresentare e calcolati gli indicatori, come riportato nella tabella sottostante.

Dimensione	*Misura*	*Fonti informative*
Deprivazione sociale e materiale	Indice di Deprivazione	Elaborazioni su dati ISTAT per sezione censuaria
Prevalenza Patologie Croniche	• Tasso di prevalenza per Comune di residenza delle persone affette da diabete • Tasso di prevalenza per Comune di residenza delle persone affette da BPCO • Tasso di prevalenza per Comune di residenza delle persone affette da Scompenso Cardiaco	Banche dati: Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA), Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO), Assistenza Farmaceutica Territoriale (AFT), Farmaci ad Erogazione Diretta (FED), Anagrafica degli Assistiti per Azienda USL di Residenza

(*Segue*)

Dimensione	*Misura*	*Fonti informative*
	• Tasso di prevalenza per Comune di residenza delle persone affette da 2 patologie croniche • Tasso di prevalenza per Comune di residenza delle persone affette da 3 patologie croniche	
Salute Mentale: prevalenza disturbi a bassa e media complessità	• Tasso di prevalenza, per Comune di residenza, di utenti adulti con disturbi a bassa complessità • Tasso di prevalenza, per Comune di residenza, di utenti adulti con disturbi a media complessità • Tasso di prevalenza, per Comune di residenza, di utenti pediatrici con disturbi a bassa complessità • Tasso di prevalenza, per Comune di residenza, di utenti pediatrici con disturbi a media complessità	Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Sistema Informativo Neuropsichiatria Infantile (SINPIAER) Banca Dati Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO)
Mortalità	• SMR (*standardized mortality ratio*) per Comune di residenza • Tasso grezzo mortalità generale • Tasso specifico mortalità generale (>65 anni) • Tasso specifico mortalità generale (>75 anni)	Registro di mortalità

(*Segue*)

Dimensione	*Misura*	*Fonti informative*
Produzione e Consumo di assistenza specialistica ambulatoriale	• Nomogramma di Gandy (Indice di Dipendenza della Popolazione dalla Struttura e Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione) • Livello di autosufficienza Distrettuale in relazione alle prestazioni di base	Banca Dati Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA)

Il set di indicatori sopra dettagliato, concepito prevalentemente come strumento di *governance* per supportare le decisioni della direzione aziendale e di quelle distrettuali, può essere arricchito di nuove dimensioni e misure, trasformato in un cruscotto dinamico e anche sviluppato con maggiori livelli di granularità (es. considerando il bacino di afferenza di una casa della comunità), così da consentire una lettura dinamica, puntuale e auspicabilmente anticipatoria dei bisogni di salute relativi ad un'area territoriale specifica.

Tale conoscenza dei bisogni può raggiungere livelli di approfondimento straordinari soprattutto nelle aree rurali, ove i risultati quantitativi emersi con i metodi di stratificazione della popolazione possono essere meglio interpretati anche grazie alla loro integrazione con le informazioni qualitative raccolte sul campo dai professionisti mediante azioni di prossimità.

Box 4 - La stima dei bisogni assistenziali per la programmazione e la presa in carico degli utenti nelle aree distrettuali della ASL Roma 4

Con il progressivo invecchiamento della popolazione, si rende necessario migliorare la gestione dei pazienti cronici e multicronici attraverso la realizzazione di un'assistenza centrata sempre più sul paziente e meno sulle singole patologie da cui è affetto. Per prendere in carico efficacemente il paziente multicronico, in cui spesso coesistono elementi di complessità clinica e di vulnerabilità socio-economica, risulta essenziale una rete territoriale di team multidisciplinari e coordinati, volti alla valutazione globale (*case management*) del paziente e alla sua continuità assistenziale. Un'efficiente pianificazione di

questi interventi richiede, a sua volta, lo sviluppo di metodologie in grado di identificare fasce di popolazione omogenee in termini di bisogni assistenziali e socio-assistenziali. Nel contempo, queste metodologie di stratificazione consentono di differenziare anche la popolazione sana e di tenere conto dei fattori di rischio sui quali agire con interventi di promozione della salute.

Muovendo da questa esigenza, la ASL Roma 4 ha sviluppato, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia del SSR Regione Lazio, un "sistema modulare" che consente di definire specifiche modalità di presa in carico per gruppi di assistiti omogenei in relazione alla tipologia e all'intensità del bisogno assistenziale, con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie. La popolazione è stata segmentata in aree sub-distrettuali costruite tenendo conto della ipotetica afferenza della popolazione verso una specifica casa di comunità, in relazione alla vicinanza geografica, alla viabilità, ecc. Attorno a questi *cluster* è stata poi sviluppata una metodologia flessibile che tiene conto non solo di criteri clinici, ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla effettiva capacità del paziente di gestire la propria patologia. Tra le principali variabili utilizzate per la stima dei bisogni socio-assistenziali si annoverano:

- cronicità (algoritmi orientati a tracciare la cronicità);
- indice di complessità (numero e tipologia patologie croniche);
- consumo di farmaci;
- indice di deprivazione;
- composizione della famiglia (stima degli anziani senza ammortizzatori sociali);
- esposizione ambientale.

La stima dei bisogni socio-assistenziali ha rappresentato un valido strumento di supporto alla programmazione di specifici interventi sanitari, diversificati in base alle caratteristiche della popolazione assistita. In primo luogo, si è delineata come fondamentale supporto per la progettazione dei servizi delle case di comunità già avviate e di prossima attivazione. In secondo luogo, ha altresì permesso di identificare le patologie prevalenti delle quali è maggiormente affetta la popolazione aziendale, così da creare specifiche reti specialistiche attraverso l'integrazione tra specialisti ospedalieri e specialisti ambulatoriali, volte a favorire una più completa presa in carico dei pazienti.

Un primo fattore critico di successo di questa esperienza è rappresentato dalla granularità di analisi sub-distrettuale grazie alla quale si sono definite fasce omogenee di popolazione relative ad aree circoscritte, così da poter programmare servizi socio-sanitari funzionali alle specifiche esigenze delle popolazioni di riferimento senza sprechi di risorse. Parimenti, si è rivelata de-

terminante la revisione dell'accordo sindacale con gli specialisti ambulatoriali che ha consentito sia di valorizzare alcune discipline rispetto ad altre sia di presidiare elementi di collegamento tra i professionisti territoriali e ospedalieri in una prospettiva di "rete". Un esempio di applicazione di questo approccio alla progettazione di una casa di comunità localizzata in un'area rurale è riportato nel successivo Box 13.

Con riferimento alle azioni sul campo, il Box 5 presenta l'esperienza di *screening* domiciliare effettuata in appennino dalla AUSL di Piacenza, da cui è scaturita la progettazione dell'infermieristica di comunità nelle zone montane. Le riflessioni condivise nel Tavolo di lavoro CERISMAS confermano la potenza di questi dispositivi di analisi capillare delle aree rurali. L'utilizzo, eventualmente anche congiunto, di questi metodi ispirati alla medicina di iniziativa e di comunità rappresenta una premessa indispensabile per attivare una progettazione partecipata, responsabile e consapevole dei percorsi di costruzione della salute nelle comunità rurali, in grado di identificare e ingaggiare le risorse locali laddove disponibili. A tale proposito, il Box 6 presenta il percorso di costruzione del profilo di comunità volto a generare una mappatura partecipata dei bisogni e delle risorse disponibili in vista della progettazione delle case di comunità nell'esperienza dell'AUSL di Reggio-Emilia.

Box 5 - Progetti di screening domiciliare nell'appennino piacentino: dal progetto Montagna Solidale all'Infermiere di Comunità in zone di montagna

Il progetto Montagna Solidale è nato con l'obiettivo di valutare a domicilio le condizioni di bisogno socio-sanitario della popolazione anziana over 74 residente nelle frazioni dei comuni di montagna e non ancora in carico ai servizi o sanitari o sociali. Per realizzarlo è stata definita un'intesa tra l'AUSL di Piacenza, 11 comuni inseriti nell'elenco ISTAT dei comuni di montagna e i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medici di medicina generale) afferenti al territorio. Con il contributo anche della Fondazione di Piacenza e Vigevano sono state approfondite le condizioni di salute di chi, potenzialmente "fragile" ma sostanzialmente ancora autonomo, rischiava di restare "non visto" dai servizi e arrivare ai principali percorsi di presa in carico in condizioni di emergenza, in

seguito ad un evento accidentale, mettendo così a rischio l'autonomia residua e la possibilità di continuare a vivere nel proprio contesto abitativo.

Il progetto Montagna Solidale è stato avviato nel 2017, attivando una rete formalizzata tra istituzioni pubbliche, volontariato e terzo settore. Sono state composte due équipe multidisciplinari, con infermiere e fisioterapista che, in accordo con l'assistente sociale e con la supervisione dei medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, hanno effettuato 921 visite domiciliari su una popolazione target di 1583 ultrasettantacinquenni. Grazie alla valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale, la rilevazione ha evidenziato alcuni importanti vantaggi: (i) individuare precocemente i segnali di criticità al fine di porre in essere tempestive azioni socio-sanitarie mirate a prevenire l'insorgere di condizioni di non autosufficienza; (ii) dare una risposta immediata ai bisogni più semplici; (iii) svolgere un'azione educativa finalizzata a migliorare le condizioni di vita delle persone anziane nel proprio ambito domestico e ridurre lo stress del *caregiver*.

Dagli screening domiciliari è emersa una fotografia della popolazione anziana che, sebbene in salute, evidenzia condizioni di fragilità e vulnerabilità. In sintesi, dalla prima rilevazione effettuata sono emerse 8 persone con bisogni sanitari, subito prese in carico, oltre che 209 anziani fragili. Si tratta di anziani che, seppur autonomi, spesso non hanno più una rete familiare vicina. Alcuni vivono in case vetuste e strutturate su due livelli, senza accorgimenti che potrebbero rendere la casa più sicura, come ad esempio un corrimano per aiutare la salita in sicurezza ai piani superiori dell'abitazione. Si è rilevato che talvolta l'acuirsi della percezione di insicurezza e di isolamento è dovuta alla mancanza di una copertura della rete telefonica mobile per l'uso dei cellulari. Sono emersi con chiarezza bisogni di socializzazione e il desiderio di poter continuare a vivere, il più a lungo possibile, nella propria casa e nella propria comunità. Durante le visite si sono evidenziate criticità nell'assunzione dei farmaci, così come negli spostamenti tra casa e principale centro abitato.

Al fine di condividere idee e proposte finalizzate allo sviluppo di azioni in grado di offrire una risposta concreta, sono stati istruiti momenti di confronto con gli amministratori dei comuni di montagna, oltre che con l'associazionismo e il volontariato locale. Ne è scaturito un poderoso percorso di co-progettazione che ha portato a varie iniziative di welfare di comunità, tra cui il progetto relativo all'infermiere di comunità nel territorio dell'appennino piacentino.

Grazie anche all'esperienza maturata nelle zone di montagna, l'AUSL di Piacenza sta sviluppando altre aree di intervento, quali l'infermiere di comunità nelle aree rurali della bassa verso il fiume Po o nelle zone peri-urbane. Il processo di progettazione di nuovi servizi di prossimità, lungi dal poter essere standardizzato, impone un'analisi del bisogno frutto di una conoscenza diretta e sul campo.

Box 6 - Il ruolo del profilo di comunità per la progettazione delle case della comunità nell'esperienza dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS

Nell'esperienza aziendale il dispositivo del profilo di comunità, co-costruito con attori istituzionali e non, mira a delineare una panoramica multidimensionale della salute e del benessere della comunità per orientare la progettazione delle case della comunità (CdC), con riferimento sia agli spazi fisici sia alle iniziative e attività, identificando e connettendo risorse e nodi comunitari. Questo approccio è applicato sia alle case della salute (CdS) esistenti e in fase di transizione verso le CdC, sia alle CdC in fase di sviluppo.

La costruzione del profilo comunitario si fonda sull'utilizzo di dati epidemiologici accanto a metodi qualitativi quali *survey* e *focus group*, ma soprattutto percorsi partecipati finalizzati a raccogliere i bisogni e valutarli con un approccio *bottom-up*. Per fare questo è fondamentale il coinvolgimento degli *stakeholder*: amministratori locali, servizi sociali, scuole, volontariato, sindacati, terzo settore, consulte civiche, comitati di quartiere e istituzioni religiose, ma anche gli stessi professionisti, tra cui gli psicologi di comunità. Per tale ragione, laddove la CdC è ancora in fase di progettazione, il percorso è realizzato in spazi messi a disposizione dai vari *stakeholder*. I risultati della mappatura dei bisogni sono presentati in eventi aperti alla popolazione in modo da poter condividere l'analisi anche con il singolo cittadino inteso non solo come consumatore di servizi, ma come protagonista del proprio disegno di salute. Questa esperienza ha coinvolto enti formativi e agenzie di progettazione sociale incaricate di presidiare il percorso partecipato.

Dove già implementato (Casa della comunità di Puianello, Casa della comunità di Castelnovo Sotto, Casa della comunità Reggio Est, Casa della comunità di Castellarano), il profilo di comunità ha permesso di realizzare una mappatura dei bisogni costruita insieme alla comunità. Il processo ha permesso di focalizzarne le potenzialità, realizzando una mappa di tutte le risorse, facilitando il dialogo e la rete tra associazioni, istituzioni e servizi, permettendo sinergie necessarie alla realizzazione di interventi sostenibili. La lettura condivisa dell'analisi dei bisogni ha portato alla sottoscrizione del "Patto Sociale di comunità per il benessere e la salute" nel quale tutti gli *stakeholder* si impegnano a definire le linee guida per sperimentare un nuovo modello di CdC, orientando piste di lavoro per i prossimi anni, come la riorganizzazione degli spazi e il rafforzamento della funzione di accoglienza e orientamento. Le maggiori potenzialità del profilo di comunità emergono nelle zone periferiche, dove i servizi sono meno capillari e occorrono maggiori consapevolezza

e responsabilità della comunità in quanto portatrice non solo di bisogni, ma anche di risorse.

Tra i numerosi fattori critici di successo emersi nell'esperienza aziendale, si annoverano: (i) il mandato congiunto tra azienda sanitaria ed ente locale; (ii) il ruolo delle istituzioni nell'attivare, coinvolgere e motivare le varie anime della rete comunitaria, inclusi i cittadini; (iii) la capacità di catalizzare l'impegno dei cittadini e *stakeholder*, creando una rete solida e reattiva, in grado di rispondere in modo dinamico alle esigenze emergenti; (iv) la continuità nell'accompagnamento offerto da ruoli di facilitazione; (v) il finanziamento aziendale che ha assicurato la tenuta del percorso. Strategico sarà, per il futuro, il coinvolgimento e la valorizzazione della figura dello psicologo di comunità al fine di garantire un'azione maggiormente capillare e mirata all'equità.

IV. La seconda sfida manageriale: attivare una visione partecipata e responsabile di generazione di salute di prossimità nelle aree rurali

Una volta conclusa l'analisi situazionale, indispensabile per (ri)conoscere bisogni, fragilità e risorse che caratterizzano le comunità, una seconda sfida manageriale consiste nel mettere a fuoco l'**orientamento strategico di fondo** a cui ancorare una nitida visione volta a costruire percorsi di generazione di salute efficaci, equi e sostenibili nelle aree rurali. Nell'esperienza delle aziende aderenti al Tavolo di Lavoro CERISMAS tale orientamento si fonda su due principi prioritari.

La prima priorità consiste nel **sostenere e promuovere la costruzione della stessa comunità**, intesa quale tessuto connettivo indispensabile per generare salute, da attivare e integrare, a livello individuale, familiare e collettivo, nelle sue molteplici componenti professionali e civiche, formali e informali, lungo composite reti ospedaliere e territoriali, aziendali, interaziendali e interistituzionali. In tal senso, le componenti non professionali della comunità sono intese non più come destinatari passivi del servizio, quanto come **attori corresponsabili della propria salute individuale** (ad esempio, nel caso di pazienti e reti familiari) oppure come **soggetti che possono contribuire alla progettazione e attuazione di iniziative di generazione della salute collettiva** (ad esempio, nel caso di cittadini e associazioni di volontariato). Parimenti, le comunità dirigenziali e professionali afferenti ad altre aziende e istituzioni pubbliche, lungi dall'essere viste come componenti separate e talora come controparti, sono intese come *partner* preziosi con cui costruire **coesi progetti interistituzionali** di generazione di salute nelle comunità rurali.

La seconda priorità, diretta conseguenza della precedente, consiste nello sviluppare **approcci partecipativi e intersettoriali** in cui la mobilitazione delle risorse attivabili nelle e per le comunità rurali rappresenta l'ingrediente fondamentale per stimolare processi di *empowerment* di comunità finalizzati ad una visione di *welfare* generativo

e contributivo coerente con i principi di sussidiarietà non solo verticale, ma anche orizzontale.

Nonostante questi principi valgano in generale per qualsivoglia ambito territoriale, essi assumono particolare significato proprio nelle aree rurali. Anzitutto, nelle aree isolate caratterizzate da elevati indici di vecchiaia e di deprivazione, a rischio di abbandono, si rendono necessarie efficaci azioni di interconnessione tra l'azienda sanitaria e le istituzioni municipali locali per poter costruire e comunicare nuove risposte, fondate su logiche reticolari e soluzioni di telemedicina grazie a cui connettere i professionisti locali a quelli centralizzati. Un esempio particolarmente efficace di questa fattispecie è offerto dalla ASL 4 Chiavarese (cfr. Box 7) che, per fronteggiare l'urgenza derivata dall'assenza prolungata del medico di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medico di medicina generale) nella Val di Vara, ha riprogettato in maniera complessiva l'offerta socio-sanitaria e rimodulato i percorsi di cura e assistenza secondo il principio di sanità diffusa di prossimità.

Box 7 - Il modello "Comunità in Salute" per la realizzazione di un sistema proattivo di prossimità nell'esperienza della ASL4 Chiavarese

La presenza nel territorio di zone interne e montane disagiate, con un indice di vecchiaia che in alcuni Comuni supera il 500%, in cui vivono nuclei familiari isolati, spesso monoparentali e, talvolta, in stato di degrado, deprivazione e con un elevato tasso di malattie croniche, ha mosso l'ideazione del nuovo modello operativo che risponde all'esigenza di ri-modulare, secondo il principio di prossimità, i servizi socio-sanitari per intensità e localizzazione degli stessi. L'idea è nata da una situazione altamente critica in Val di Vara dove, in seguito al pensionamento dello storico medico di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medico di medicina generale) e all'indisponibilità di un sostituto per un intero anno, si è costituto un comitato di protesta dei cittadini a cui la ASL ha dato risposta con un progetto di co-progettazione ispirato ai principi del *community building*. Tale azione è esitata nella costituzione delle "Comunità in Salute", ovvero micro-aree sub-distrettuali caratterizzate da omogeneità geomorfologica, socio-economica e di accessibilità, nell'ambito delle quali i servizi sono personalizzati con un approccio dinamico, digitalizzato e prossimo ai cittadini. In particolare, grazie al metodo della co-progettazione,

che ha coinvolto la ASL, i comuni e realtà territoriali, per ciascuna "Comunità in salute" si è proceduto alla ri-definizione dell'offerta socio-sanitaria e alla ri-modulazione dei percorsi di cura e di assistenza organizzati in maniera diffusa e integrati tra territorio e ospedale. Tra gli elementi caratterizzanti questa azione di riprogettazione si annoverano: (i) l'organizzazione secondo il modello *Hub&Spoke*, in cui i nodi *spoke* montani, già sedi dei medici di continuità assistenziale, sono stati valorizzati e potenziati quali punti di riferimento per la salute dei cittadini con l'azione del medico di assistenza primaria a ciclo di scelta e di ambulatori infermieristici, oltre che da un ambulatorio mobile "Gulliver", che svolge interventi di prevenzione di prossimità in integrazione con i nodi *hub* localizzati sulla costa; (ii) il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica dedicata ai nodi *spoke*, quali: postazioni per la telemedicina, tablet con accesso al sistema informativo aziendale a disposizione del medico di continuità assistenziale, PC portatile con ECG a 12 derivazioni per gli infermieri di famiglia e comunità; (iii) la valorizzazione del capitale professionale e il lavoro in équipe tra medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e a ciclo orario, professionisti dell'assistenza domiciliare, infermieri di famiglia e comunità, personale delle pubbliche assistenze locali, farmacisti e assistenti sociali. In sintesi, il raccordo tra le attività esistenti, unito al potenziamento della digitalizzazione, ha consentito di garantire un livello minimo omogeneo di assistenza primaria nei vari territori montani, anche in caso di carenza temporanea di medici di assistenza primaria. Considerati anche i benefici legati all'introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità, che in alcuni comuni ha ridotto il numero di accessi in pronto soccorso, il modello delle "Comunità in Salute" è in fase di estensione dalla Val di Vara ad altre aree montane. Tra i fattori di successo di questa esperienza, giova sottolineare il coinvolgimento attivo dei sindaci che, una volta condiviso e formalmente sottoscritto il percorso con la direzione generale della ASL, ne hanno facilitato la comunicazione e diffusione ai cittadini.

D'altro canto, nelle aree rurali caratterizzate dalla presenza di giovani generazioni, portatrici di una propria visione di salute legata a specifici bisogni socio-sanitari, educativi e di socialità, il coinvolgimento dei giovani e della scuola offre una straordinaria opportunità per mettere al centro della riflessione il concetto di comunità e, di conseguenza, orientare la progettazione dei servizi di prossimità. In tal senso, l'esperienza sviluppata dal Distretto di Ponente della AUSL di Piacenza a Borgonovo Val Tidone (cfr. Box 8) offre

un'interessante *best practice* relativa al riconoscimento e alla valorizzazione, grazie ad un approccio fortemente partecipativo, del contributo che anche i giovani del territorio locale possono offrire in logica di *service design* nel delicato passaggio da Casa della salute a Casa della comunità.

Box 8 - I percorsi partecipativi della casa della comunità della Val Tidone nel Distretto di Ponente della AUSL di Piacenza

L'esperienza della casa della comunità della Val Tidone ha rappresentato un esempio virtuoso e un terreno ideale per il consolidamento di forme concrete di progettazione partecipata della nuova rete di servizi territoriali che, avviatesi prima della pandemia, hanno trovato decisivo impulso nel DM 77/2022. In un Distretto di campagna di circa 80.000 abitanti, che spazia dalle alte valli dell'appennino alle pianure industrializzate e ai territori marginali lungo il Po, si sono sovvertiti i criteri centro/periferia, realizzando un modello innovativo a livello regionale e nazionale. La struttura piacentina di Borgonovo, grazie alle notevoli potenzialità e alla presenza di servizi e professionisti in grado di rispondere a una molteplicità di bisogni (medicina di gruppo, assistenza domiciliare integrata, ambulatori infermieristici e della cronicità, consultori familiari e pediatrici, presidi medici specialistici e vaccinali, servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile e servizio sociale per la tutela dei minori e delle famiglie, presidi residenziali per la grave disabilità, centro per i disturbi cognitivi e le demenze) ha anticipato molti dei contenuti della riforma, caratterizzandosi come un vero e proprio laboratorio di comunità.

In particolare, già nel 2019 si era sviluppato, nella cornice del progetto regionale CasaLab, un articolato processo partecipativo che aveva portato alla stesura collettiva della guida ai servizi della casa della salute, con il coinvolgimento di decine di professionisti, medici di assistenza primaria, associazioni di volontariato e di terzo settore, amministratori locali, organizzazioni sindacali, singoli cittadini. Una scrittura a cento mani pensata come occasione, quasi un pretesto, per un incontro inedito di mondi e culture diversi. Fin dall'inizio è risultato fondamentale il ruolo di stimolo, proposta e collaborazione garantito dai comitati consultivi misti e dal centro servizi per il volontariato. L'idea di fondo era promuovere un protagonismo attivo di volontari e cittadinanza all'interno delle case di comunità: il volontariato sanitario e sociale inteso come *partner* evoluto e risorsa strategica in questo processo.

A partire dalla primavera 2022 il progetto ha avuto un nuovo impulso. Il passaggio dalla casa della salute alla casa della comunità della Val Tidone è diventato una buona prassi anticipatoria del Community lab regionale. Si è realizzata una chiamata comunitaria, offrendo una "pagina bianca" dove scrivere in maniera partecipata le azioni di miglioramento per la nuova casa comune. Oltre cento cittadini, volontari, amministratori, operatori, studenti hanno avanzato importanti proposte, quali: (i) organizzare l'accoglienza e l'orientamento ai servizi offerti dalla casa della comunità; (ii) garantire l'informazione capillare per far conoscere al meglio i servizi offerti; (iii) sviluppare il coinvolgimento dei giovani in un rapporto strategico con le scuole del territorio; (iv) ripensare gli spazi sia interni che esterni, con la suggestione di creare un parco della salute nei giardini antistanti; (v) rafforzare le reti di cura alle fragilità e alle famiglie con forti carichi assistenziali (sostegno al caregiver). Un elemento cruciale del nuovo sviluppo del percorso partecipativo è risultato il sostegno al protagonismo attivo degli adolescenti, attraverso il coinvolgimento nel progetto degli studenti delle scuole superiori del territorio, che sono diventati veri e propri soci costruttori. Attualmente il progetto si trova nella fase di realizzazione partecipata delle idee, grazie anche ad un bando di coprogettazione con il terzo settore.

Parimenti, nei territori rurali caratterizzati da una forte identità locale si sviluppa soventemente un fecondo contesto associativo in cui gli enti del terzo settore, una volta riconosciuti e coinvolti, concorrono efficacemente a sviluppare pratiche di *welfare* generativo e contributivo. Nel caso dell'AUSL di Modena (cfr. Box 9), si è ad esempio delineato un processo di *community building* partecipativo che ha mappato in maniera sistematica gli enti del terzo settore per poi coinvolgerli in percorsi mirati di co-programmazione e co-progettazione volti a creare reti sinergiche di rafforzamento del tessuto comunitario in prospettiva di prossimità. Esperienze partecipative di integrazione del sociale nella rete dei servizi sono presenti anche nell'esperienza dell'AUSL di Reggio-Emilia (cfr. Box 10) e di Parma (cfr. Box 11), che hanno sviluppato dispositivi strutturati di coinvolgimento attivo del volontariato nell'ambito delle case di comunità.

Box 9 - Dal bisogno singolo alla risposta di sistema: il percorso di co-programmazione e co-progettazione con gli enti del terzo settore dell'AUSL di Modena

L'Azienda USL di Modena, recependo l'impianto normativo delineato dal codice del terzo settore, ha avviato il percorso per la messa a punto di un lavoro sistematico finalizzato a concretizzare, a livello provinciale, la partecipazione dei cittadini e dei pazienti nel disegno delle risposte assistenziali e nel promuovere modalità innovative di collaborazione, di prossimità e di progettualità partecipata, in un'ottica di scambio paritario e bidirezionale di saperi ed esperienze. Muovendo dall'analisi dell'esistente, anzitutto sono stati mappati gli enti del terzo settore (d'ora in poi ETS) attivi nel territorio provinciale e organizzati incontri specifici con i singoli distretti e dipartimenti per affrontare le attività in essere, le azioni di miglioramento e i nuovi bisogni. Contestualmente è stato elaborato un regolamento aziendale che prevede l'istituzione di un elenco aziendale di ETS, qualificati a collaborare con l'Azienda USL, periodicamente aggiornato e organizzato per ambiti tematici e territoriali. Tale elenco rappresenta uno strumento permanente per attivare, prontamente e in modo appropriato, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con gli ETS al fine di rispondere sempre più efficacemente ai bisogni socio-sanitari della popolazione, valorizzare il ruolo e il valore sociale delle diverse forme di volontariato e favorirne il coinvolgimento a partire dalla fase di analisi dei bisogni fino alla verifica e al monitoraggio. A partire da questo elenco, sono stati realizzati 7 tavoli distrettuali e 10 tavoli tematici provinciali di co-programmazione, articolati per aree tematiche, con la partecipazione congiunta dei professionisti sanitari e dei rappresentanti degli ETS. Ogni tavolo di lavoro, metodologicamente supportato dagli operatori del centro servizi del volontariato "Terre Estensi", ha condiviso i bisogni della popolazione target ed è pervenuto all'individuazione congiunta delle priorità d'intervento e delle proposte di azione.

Attualmente vi sono 273 enti del terzo settore iscritti nell'elenco e sono state stipulate 120 convenzioni aventi per oggetto attività di relazione, di ascolto, aiuto e supporto concreto quali la promozione dei sani stili di vita, il supporto logistico, i percorsi di sostegno all'inclusione e socializzazione, il sostegno alla domiciliarità, l'assistenza socio-sanitaria a fasce di popolazione fragile e vulnerabile. Molteplici sono gli ambiti in cui sono stati attivati percorsi di co-programmazione e co-progettazione che hanno generato reti sinergiche per rafforzare il tessuto comunitario a favore della prossimità e di un'equità di offerta in tutti i territori della provincia. Tra le esperienze più significative attivate nelle zone periferiche si segnala il coinvolgimento degli ETS nella progetta-

zione delle case della comunità, nella valutazione del bisogno e nel coinvolgimento alla transizione a supporto delle centrali operative territoriali, nella traduzione operativa del programma regionale a favore delle persone con disturbo da spettro autistico, nella realizzazione delle "Palestre della Memoria" dedicate ai progetti di invecchiamento attivo e alla prevenzione delle demenze e nell'ambito delle progettualità dedicate al *caregiver*, tra cui iniziative di sollievo domiciliare per *caregiver* di diverse tipologie di assistiti.

Box 10 - Progettazione condivisa e sviluppo delle Case della Comunità (CdC): l'esperienza dello sportello del volontariato nella CdC di Montecchio Emilia dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS

All'interno della casa di comunità di Montecchio Emilia è stato costruito un percorso condiviso con i servizi sociali e il volontariato per attivare la partecipazione dei cittadini. I principi fondanti questa esperienza includono un approccio integrato alla salute – in cui il benessere dipende non solo dalla cura delle malattie fisiche, ma anche dallo stato psicologico e sociale – e il riconoscimento della rilevanza della *patient experience* – vale a dire l'importanza di non limitarsi alla progettazione ed erogazione delle prestazioni, riservando attenzioni anche all'ascolto delle esigenze, delle preoccupazioni e dei desideri per costruire percorsi efficaci, accessibili, umanizzati. Il razionale sotteso ad un approccio partecipativo nella progettazione e sviluppo delle case di comunità è duplice: da un lato, incoraggiare la partecipazione attiva dei cittadini nelle decisioni contribuisce a creare servizi più aderenti alle loro esigenze; dall'altro lato, la collaborazione multidisciplinare tra servizi, volontariato, professionisti e altri attori permette di approcciare i bisogni sul territorio in modo integrato.

Operativamente, attraverso apposito bando pubblico, è stato selezionato un gruppo di associazioni per l'implementazione dello sportello del volontariato, organismo strategico per la realizzazione di una CdC partecipata, deputato all'accoglienza, informazione, distribuzione di materiale, orientamento all'accesso ai servizi, promozione della salute e divulgazione dei principi delle organizzazioni/associazioni partecipanti. La formazione dei volontari si è avvalsa di professionisti competenti in psicologia di comunità e organizzazione. I contenuti della formazione hanno incluso strategie comunicative e gestione delle relazioni con i cittadini. Insieme alle associazioni è stato costruito un *vademecum* per orientarsi sui servizi. Per creare una rete di supporto tra le associazioni, gli enti locali e altri servizi territoriali, è stato attivato un processo

continuo di promozione di incontri, *workshop* e progetti congiunti per facilitare lo scambio di informazioni e risorse.

La valutazione di un progetto complesso richiede l'uso di strumenti di valutazione per catturare i vari aspetti e impatti, come sondaggi per raccogliere i feedback dei cittadini e collaboratori, focus group per discutere limiti e punti di forza, analisi delle prestazioni con indicatori di performance, come il numero di cittadini assistiti, partecipazione a iniziative di promozione della salute e tasso di soddisfazione dei servizi. Audit interni o esterni che esaminano anche il livello di integrazione tra i professionisti, le procedure, e le pratiche operative possono aiutare a identificare inefficienze e opportunità di miglioramento. Una mappatura della rete e analisi delle interazioni tra le associazioni, i servizi sociali e gli enti locali può rivelare la forza delle collaborazioni esistenti e identificare aree di miglioramento. Sono stati organizzati tre eventi di valorizzazione dei percorsi. Si è prodotto un *flyer* che riassume i principali servizi sanitari del bacino di utenza della CdC, e che viene veicolato anche dalle singole associazioni anche attraverso l'organizzazione di eventi dedicati.

Dall'esperienza matura è emerso che la mancanza di risorse (finanziarie, umane o materiali), inefficienti processi di collaborazione e comunicazione (anche a causa di complessità legali e amministrative), resistenze al cambiamento (sia all'interno delle organizzazioni che nella comunità), mancanza di formazione, difficoltà nel coinvolgimento della comunità rappresentano fattori ostativi uno sviluppo partecipativo delle CdC. D'altro canto, si sono rivelati essere fattori facilitanti numerosi elementi: la presenza di competenze di leadership efficace e motivante; il coinvolgimento attivo della comunità; la creazione di una rete robusta di *partner*, provenienti da vari settori, disponibili ad un approccio integrato e innovativo nella risoluzione dei problemi; una comunicazione aperta, trasparente e frequente; iniziative sistematiche di formazione e supporto al personale; processi di valutazione continua; flessibilità e adattabilità ai cambiamenti.

Box 11 - I Punti di comunità: dispositivo organizzativo di prossimità per la lettura dei bisogni nelle Case della Comunità dell'AUSL di Parma

Il Decreto Ministeriale 77/2022, nel descrivere il modello delle case della comunità (CdC) e dei servizi sanitari e sociali che in questa devono essere presenti, sottolinea la rilevanza di promuovere processi innovativi in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi, ma è parte attiva nella

valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa. Lungo questa prospettiva, la comunità è chiamata a contribuire al disegno di nuove soluzioni di servizio, alla costruzione, identificazione e valorizzazione di opportunità per migliorare la qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro le relazioni e la condivisione.

Muovendo da questi presupposti, in alcune CdC dell'Ausl di Parma, grazie alla collaborazione con il centro servizi per il volontariato e gli enti locali, è stato concepito e avviato un dispositivo organizzativo che ha l'ambizione di tradurre sul campo i principi sopra descritti: il punto di comunità.

Trattasi di un luogo fisico, dedicato e popolato dai volontari delle principali associazioni attive nel territorio, a cui è stato dedicato un percorso formativo ad hoc, sotto il coordinamento di facilitatori.

Collocato anche all'interno delle CdC, fornisce indicazioni e orientamento di primo livello alle persone rispetto all'offerta e alle modalità di attivazione dei servizi sanitari, sociali e di quelli messi a disposizione dalle associazioni e dal terzo settore presenti nella struttura, in prossimità di questa o dei luoghi di residenza e di vita dei cittadini. Il punto di comunità offre, inoltre, supporto per l'espletamento di pratiche burocratiche (es. richiesta per l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico oppure di esenzioni per reddito) necessarie per facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi da parte della popolazione più fragile.

Grazie ad una presenza più diffusa all'interno delle CdC, alle connessioni che si potranno instaurare fra gli operatori e alla contaminazione reciproca di conoscenze e competenze, il punto di comunità potrà svilupparsi agendo un ruolo fondamentale nell'ascolto e nella lettura dei bisogni di natura semplice e anche complessa, espressi e non espressi, raccordandosi e integrandosi con i professionisti di area sanitaria e di area sociale. Potenzialmente il punto di comunità potrà, dunque, anche farsi promotore e attivatore dei servizi offerti dalle associazioni e dal terzo settore laddove questi completino e rinforzino una risposta globale ad un bisogno specifico di un individuo e/o di una famiglia, specie se in condizione di fragilità sociale, economica o sanitaria.

Seppur differenti nelle loro caratterizzazioni locali, queste esperienze partecipative di costruzione di comunità sono accomunate da alcuni fattori critici di successo da riconoscere e presidiare. Tra questi, spiccano le modalità di coinvolgimento dei membri afferenti alle aree rurali, che dovrebbero ispirarsi al far emergere contenuti di comunità in maniera libera e non precostituita, secondo logiche di

ascolto attivo e di adesione responsabile più che di reclutamento formale. Trattasi di processi anche faticosi, che richiedono disponibilità a mettersi in discussione e applicazione di metodi rigorosi, in quanto i processi partecipativi non rappresentano il fine, bensì il mezzo attraverso cui generare azioni di co-costruzione di percorsi di salute nelle aree rurali. Inoltre, occorre considerare inevitabili situazioni di discontinuità nell'attivazione dei membri della comunità, che per loro natura spesso agiscono come *partner* temporanei, fatto che richiede una continua azione di identificazione e coinvolgimento di nuovi soggetti all'interno di una comune visione longitudinale.

V. La terza sfida manageriale: agire soluzioni organizzative a responsabilità diffusa, integrate e flessibili per garantire salute di prossimità nelle aree rurali

Una volta (ri)conosciuti bisogni, fragilità e risorse presenti nelle singole aree rurali e attivata una visione partecipata e responsabile di generazione di salute di prossimità, la terza sfida manageriale consiste nel disegnare e adottare soluzioni organizzative coerenti con tale visione strategica. Nell'esperienza delle aziende aderenti al Tavolo di lavoro CERISMAS tale coerenza va ricercata, intuita e attuata non solo nell'organizzazione generale dei servizi, ma anche a livello di soluzioni organizzative focalizzate su specifici percorsi e target di pazienti che assumono particolare complessità nelle aree rurali.

Muovendo da considerazioni relative alla complessiva organizzazione dei servizi, giova evidenziare quattro punti chiave, tra loro interconnessi. Anzitutto, l'attenzione alla salute di prossimità ha acceso una rinnovata attenzione al **ruolo dei distretti quali garanti della salute della popolazione di riferimento**, enfatizzando la necessità organizzativa di creare una chiara articolazione delle responsabilità volta a presidiare una risposta efficace ai problemi di salute di ogni distretto in coerenza con bisogni, fragilità e risorse tracciati a livello locale, ma nel contempo promuovendo pratiche integrative di valorizzazione delle risorse disponibili a livello interdistrettuale, sovradistrettuale e persino sovra-aziendale. Come conseguenza, i modelli organizzativi delle aziende sanitarie territoriali si caratterizzano soventemente per la presenza di **soluzioni matriciali** in cui coesiste una duplice linea di responsabilità: (i) da un lato, una responsabilità distrettuale con finalità di garanzia della salute nei vari ambiti territoriali, attraverso l'analisi dei bisogni locali, la programmazione delle attività e la conseguente organizzazione di percorsi integrati di cura e assistenza, armonizzando e raccordando le filiere erogative (centrali e distrettuali) a favore delle comunità locali; (ii) dall'altro lato, una responsabilità di sviluppo delle competenze e di erogazio-

ne delle attività specialistiche, con articolazione soventemente dipartimentale, a disposizione dei differenti distretti. Naturalmente, l'attenzione a queste dinamiche di contestuale specializzazione e integrazione non può che avvenire all'interno di una chiara cornice strategica aziendale, promossa e sostenuta dagli organi di vertice, in coerenza con gli assetti di *governance* presenti nei vari modelli regionali. Un esempio particolarmente efficace è offerto a tale proposito dall'ASST di Melegnano e della Martesana (cfr. Box 12), ove è stato recentemente introdotto un modello matriciale in cui la coesistenza di afferenze gerarchiche e funzionali è facilitata sia da nuovi dispositivi di integrazione (organismi consultivi distrettuali, gruppi operativi distrettuali e tavoli di lavoro tematici) sia da ruoli che, pur rispondendo ad una linea gerarchica coerente con le proprie competenze specialistiche, sono in grado di cooperare in attività coordinate e integrate funzionalmente su base distrettuale. Con particolare riferimento alle aree rurali, l'adozione di chiari modelli matriciali consente di rendere disponibili risorse, competenze e opportunità che, ancorché localizzate in altri distretti o a livello sovra-distrettuale, possono essere efficacemente attivate, coordinate e integrate dal distretto rurale a beneficio della comunità che vi afferisce.

Box 12 - Il ruolo dei distretti nella macro-progettazione organizzativa dell'ASST di Melegnano e della Martesana: il modello a matrice

Il contesto organizzativo, nel quale la riforma della medicina territoriale ha iniziato il suo sviluppo nella ASST di Melegnano e della Martesana, si caratterizzava per la presenza di attività erogative centralizzate, ciascuna facente capo ad un responsabile/direttore di struttura, a fronte di un territorio articolato in 53 Comuni. La suddivisione in cinque distretti, con la conseguente introduzione dei relativi direttori, ha reso necessario un profondo ripensamento del modello organizzativo aziendale, nella direzione di un modello matriciale, in modo da attivare le nuove responsabilità distrettuali alla luce degli obiettivi di sviluppo di una medicina di comunità e in coerenza con un approccio proattivo e di iniziativa, in prospettiva di assistenza di prossimità.

L'analisi del contesto di partenza ha evidenziato come fosse necessario introdurre il tema della agilità organizzativa e, attraverso questa interpretazione,

accompagnare il passaggio da un modello "a *silos*" ad un modello "collaborativo" in cui si integrano non solo gli attori del polo territoriale della ASST, ma anche quelli della comunità, gli enti locali e il terzo settore. Le nuove sedi di riferimento distrettuale, individuate nelle case della comunità (CdC), diventano il luogo di incontro e di ricomposizione di tutti gli interventi territoriali, anche se erogati in sede diverse e da attori differenti. Nelle CdC si incontrano anche le necessità della popolazione, intese come bisogni di salute sia della comunità sia dei singoli, ai quali fornire una risposta e un orientamento nella rete dei servizi attraverso una stretta collaborazione di tutti gli attori disponibili. Nel modello a matrice delineato in ASST il distretto risulta, dunque, fortemente concentrato sulle funzioni di integrazione e il direttore di distretto assume un ruolo centrale (prima) nell'analizzare i bisogni della popolazione del proprio distretto e (poi) nel garantire appropriati interventi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria, facendo leva anche sull'attivazione di nuove reti socio-sanitarie.

L'organizzazione a matrice ha consentito di sviluppare un duplice ordine di dipendenze organizzative tali per cui i professionisti rispondono gerarchicamente alle strutture centralizzate (in coerenza con le proprie competenze specialistiche) e funzionalmente al distretto (in modo da declinare le proprie competenze in prospettiva di prossimità rispetto agli specifici bisogni che emergono nel distretto). Tali rapporti trovano equilibri dinamici e flessibili, non standardizzati, sotto la regia del distretto. Per permettere un efficace funzionamento di un modello così articolato, sono stati attivati strumenti di governo presieduti dal direttore di distretto, quali: l'organismo consultivo distrettuale, il gruppo operativo distrettuale, tavoli di lavoro tematici, incontri con le risorse della comunità, ecc. Nei nodi di incrocio della matrice tra afferenza gerarchica e funzionale, per superare i confini dei vecchi *silos* e sviluppare flessibilità di intervento risulta indispensabile sviluppare il lavoro in *équipe* composte da diverse figure professionali con un orientamento comune all'analisi dei bisogni e alla integrazione delle risposte. Tra le figure professionali coinvolte si trovano ad esempio infermieri di famiglia e di comunità, medici delle cure primarie, psicologi di base, assistenti sociali, amministrativi, operatori degli enti locali. Ciascun professionista afferisce alla propria linea gerarchica ma è contemporaneamente integrato in un'attività coordinata in *équipe*, sotto la regia funzionale del distretto.

Per consentire l'adozione di un modello a così forte integrazione, è stato fondamentale il coinvolgimento di tutti gli attori. Per mantenere l'efficacia attesa dal modello adottato, tale coinvolgimento richiede una frequente riconferma attraverso l'attivazione degli strumenti, sopra citati, a disposizione del direttore di distretto.

Un secondo punto chiave emerso nell'esperienza delle aziende aderenti al Tavolo di lavoro CERISMAS riguarda l'importanza di prefigurare, disegnare e attuare **soluzioni di prossimità** che, in coerenza con il quadro complessivo di responsabilità delineato al punto precedente, divengano luogo di incontro e ricomposizione di tutti gli interventi (sanitari, socio-sanitari e sociali) che possano incidere sulla generazione di salute e benessere nelle comunità rurali. Ciò vale primariamente per le **case della comunità** per le quali, lungi dal poter proporre un modello standardizzato di *service design*, si rende necessaria un'elevata **differenziazione organizzativa** in coerenza con i bisogni, le fragilità e le risorse che caratterizzano in maniera distintiva ciascuna comunità locale. Si richiama, a tale proposito, la *best practice* offerta dalla ASL Roma 4 con riferimento allo sviluppo della casa di comunità di Fiano Romano (cfr. Box 13), localizzata nel distretto 4 (già presentato nel Box 2). Tenuto conto delle specificità che contraddistinguono le aree rurali caratterizzate da una densità della popolazione e da una conseguente strutturazione dei servizi più o meno marcate, la progettazione delle case della comunità tende a seguire logiche *hub & spoke* in cui la differenziazione dell'estensività e intensità servizi è definita in coerenza con lo specifico contesto locale. Nelle aree rurali più remote, i nodi *spoke* tendono a coincidere con le sedi dei medici di assistenza primaria che, lungi dall'essere concepiti come punti di assistenza isolati, vengono raccordati e integrati nel complessivo sistema di assistenza primaria, anche grazie all'attivazione di *équipe* mobili.

Box 13 - L'esperienza di Fiano Romano nella configurazione delle case di comunità della ASL Roma 4

Le case di comunità rappresentano un presidio di prossimità particolarmente rilevante nella riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale nelle aree rurali. Vista l'importanza del progetto di disegno e sviluppo di tali presidi, la direzione strategica aziendale della ASL Roma 4 ha personalmente guidato il gruppo di lavoro mettendo a punto, grazie alla progettazione della casa di comunità di Fiano Romano, un processo di intervento replicabile in tutte le altre case di comunità. Tra i criteri che hanno portato a selezionare Fiano Romano, afferente al distretto 4 caratterizzato da una marcata caratterizza-

zione rurale (cfr. Box 1), si annovera la volontà di sperimentare la costruzione del processo di disegno delle case di comunità in un contesto rurale, stante la complessità (da un lato) e la rilevanza (dall'altro lato) di garantire un presidio di tutela della salute in un'area distante dalla tradizionale offerta di servizi urbani.

In coerenza con l'esercizio delle funzioni di committenza aziendale e distrettuale, il processo di intervento per la progettazione e sviluppo della casa di comunità di Fiano Romano è partito dallo studio dei bisogni della popolazione (cfr. Box 4) e dall'assesment dell'attuale offerta di servizi sanitari così da poter definire, potenziare e integrare un nuovo modello di assistenza di prossimità il più possibile coerente con i bisogni individuali e di comunità presenti nella specifica area territoriale. Data la complessità delle componenti caratterizzanti la comunità rurale, nella fase di progettazione è stato definito un gruppo di lavoro quanto più ampio possibile, che rappresentasse adeguatamente tutte le parti in causa, inclusi il direttore di distretto, i rappresentanti dei comuni, dei medici di assistenza primaria, degli enti comunali, delle associazioni del terzo settore, degli specialisti ambulatoriali e del Consorzio della Valle del Tevere. Proprio la presenza di quest'ultimo ente, che ha il compito di gestire in forma associata gli interventi e i servizi sociali di competenza dei comuni consorziati, ha rappresentato un elemento strategico determinante ai fini della vocazione socio-sanitaria che si vuole far acquisire alla casa di comunità.

Il risultato di questa azione di progettazione ha incluso non solo il ridisegno dell'assistenza di prossimità, ma anche il riordino dei percorsi assistenziali complessivi nell'ottica di sostenere la presa in carico del paziente cronico. L'offerta complessiva della struttura, soprattutto per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, è stata programmata in una logica di espansione, maggiore aderenza ai bisogni assistenziali di salute e ponendo attenzione all'integrazione dei servizi socio-sanitari e sociali, di concerto con il consorzio. In altri termini, si è cercato di agire nella direzione di un potenziamento complessivo dell'offerta ambulatoriale, coerentemente con il fabbisogno di salute espresso dalla popolazione di riferimento e potenziando le branche strategiche ad esso connesse, come la diabetologia o l'assistenza cardiologica. Inoltre, la programmazione ha tenuto conto della configurazione fisico-logistica del territorio e delle abitudini locali degli utenti, ad esempio attraverso una *survey* volta ad indagare le modalità di trasporto utilizzate dai pazienti che frequentavano il poliambulatorio di Fiano.

Nel suo complesso, l'intervento di progettazione e sviluppo della casa di comunità di Fiano Romano ha favorito una logica di equità nella programmazione dell'offerta dei servizi sanitari e una maggiore integrazione con i servizi sociali e il terzo settore. Ha altresì permesso di intercettare e prendere in carico quel flusso di utenti che inappropriatamente si rivolge agli ospedali per

acuti. I principali fattori potenziali di successo di questa esperienza sono da ricondurre alla conoscenza del contesto territoriale e alla capacità di relazionarsi e mediare con la filiera degli *stakeholder*, con ricadute sinergiche anche per altri servizi. In particolare, tramite il supporto del Consorzio della Valle del Tevere sono state individuate 21 aree di possibile integrazione, da attivare su tutte le case della comunità del territorio. Tale modalità organizzativa, grazie anche alla costruzione delle reti specialistiche, è foriera di benefici anche nei confronti degli ospedali e della rete dell'emergenza-urgenza, aiutando a decongestionare i servizi di emergenza-urgenza della zona.

Un terzo punto chiave riguarda la sempre maggior rilevanza assunta nelle aree rurali da **logiche di lavoro in gruppo multiprofessionale** in grado di operare in maniera **flessibile** (tenuto conto delle difficoltà di reclutamento del personale nelle aree più isolate), **prossima ai luoghi di vita** delle persone (con una significativa attenzione alle azioni domiciliari, data la minor disponibilità di soluzioni ambulatoriali e residenziali nelle aree distanti dai centri urbani) e con una grande attenzione riservata ad **approcci integrativi che valorizzano anche le risorse della comunità** (tra cui spicca il ruolo dell'infermieristica di famiglia e di comunità). Sotto il profilo della flessibilità, nel Box 14 si presenta l'esperienza dei nuclei di assistenza territoriale (NAT) attivata dalla AUSL di Reggio Emilia – IRCCS che, per affrontare la carenza di medici di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medici di medicina generale) nelle aree più svantaggiate, ha avviato un modello collaborativo in cui diversi professionisti (tra cui i medici di assistenza primaria a ciclo orario e a ciclo di scelta operanti in altre aree) afferiscono a *team* medico-infermieristici che, grazie ad una centrale telefonica e ad una organizzazione ambulatoriale e domiciliare, garantiscono un'assistenza di prossimità ai pazienti a cui non è temporaneamente assegnato un medico di assistenza primaria a ciclo di scelta piuttosto che in situazioni di emergenza quali le prime visite a profughi e minori non accompagnati. Particolarmente interessante, sotto il profilo della prossimità ai luoghi di vita degli utenti, è il progetto di sorveglianza domiciliare attivato dall'ASST di Lecco grazie alla collaborazione tra medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e infermieri di famiglia e di comunità (cfr. Box 15). Nonostante il progetto riguardi i pazienti afferenti all'intero territo-

rio aziendale, esso assume particolare rilevanza nelle aree rurali stanti le maggiori difficoltà di trasporto e il più elevato tasso di anziani soli che tipicamente caratterizza queste aree. Parimenti, l'esperienza modenese relativa al ruolo centrale degli infermieri di famiglia e di comunità nell'ambito dei *team* di prossimità (cfr. Box 16) offre un efficace esempio di approcci integrativi che, in coerenza con i principi della medicina di iniziativa, sostengono il benessere individuale e di comunità anche nelle aree rurali.

Box 14 - L'esperienza dei Nuclei di Assistenza Territoriale (NAT) dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS: un modello innovativo per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini in carenza di medici di assistenza primaria

La crescente carenza di medici di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medici di medicina generale) ha determinato un aumento dei cittadini privi di assistenza primaria, in particolare nelle aree più svantaggiate. Per affrontare questa sfida, l'Azienda Usl di Reggio Emilia ha implementato un modello organizzativo innovativo, progettato per essere attivato nei casi in cui non sia possibile assegnare incarichi o sostituzioni di medici di assistenza primaria a ciclo di scelta attraverso le procedure standard. Questa soluzione si basa su un team medico-infermieristico operante in ambulatori localizzati nei territori di interesse, supportati da una centrale telefonica dedicata ai pazienti sprovvisti di medico assegnato, così da garantire continuità nell'assistenza sanitaria di prossimità.

Il modello NAT è strutturato attorno a vari elementi funzionali: una centrale telefonica gestita da personale amministrativo e medico, ambulatori di assistenza primaria e infermieristica e un servizio domiciliare. Questi elementi sono interconnessi tramite un sistema informatico che facilita la collaborazione tra i professionisti del team e l'integrazione con altri servizi sanitari, permettendo così ai referti prodotti di essere accessibili sul Fascicolo Sanitario Elettronico e nel dossier sanitario aziendale, consultabili anche da medici del pronto soccorso e specialisti ospedalieri.

I risultati di questa sperimentazione sono significativi. Complessivamente, sono stati attivati vari nuclei in diverse zone rurali (relativi ad 8 comuni distribuiti su 4 distretti) per un totale di 952 giornate di attività, con un numero di pazienti assistiti pari a 7500 nel 2022 e 9000 nel 2023. È stata erogata un'ampia gamma e un elevato volume di attività assistenziali (8400 visite ambulatoriali, 320 visite domiciliari, 2500 colloqui telefonici significativi, 1200 valutazioni in-

fermieristiche), fornite utilizzando in modo efficiente il personale disponibile. Ciò è stato reso possibile anche grazie ad uno specifico accordo aziendale con i medici di assistenza primaria, evidenziando l'efficacia del modello nell'assicurare l'accesso all'assistenza primaria.

La flessibilità organizzativa del modello NAT si è dimostrata un fattore chiave nel reclutamento e nell'adesione dei professionisti sanitari, inclusi medici di continuità assistenziale, medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, dipendenti e liberi professionisti, facilitata dall'efficace lavoro di squadra e dall'organizzazione per funzioni specifiche. Questo modello ha anche garantito l'assistenza primaria di prossimità in vari contesti, come ad esempio la fornitura di prime visite a profughi e minori stranieri non accompagnati in emergenza. Per i pazienti, l'efficienza del servizio e la sua prossimità sono stati elementi particolarmente apprezzati, confermando l'importanza di un approccio assistenziale che mette al centro le esigenze della comunità, migliorando l'accessibilità e la qualità dell'assistenza sanitaria fornita. I fattori critici che potrebbero influenzare l'efficacia e la sostenibilità del modello NAT includono diverse dimensioni operative, strategiche e ambientali, come la disponibilità di risorse, l'integrazione con il sistema esistente nel sistema sanitario più ampio, inclusa la comunicazione e il trasferimento di informazioni tra i diversi livelli di assistenza, la mancanza di fiducia dei cittadini nei confronti di un nuovo modello assistenziale e processi di collaborazione inefficaci.

Box 15 - Il progetto di sorveglianza domiciliare con gli Infermieri di Famiglia e Comunità presenti nelle case della comunità nell'ASST di Lecco

La DGR XII/717 del 24/07/2023 stabilisce, nell'ambito del modello organizzativo reticolare articolato nelle sedi delle case di comunità di ASST e negli ambulatori dei medici delle cure primarie, un ampliamento della funzione di accompagnamento dei pazienti che aggiunge e integra, all'essenziale presa in carico da parte del medico curante, la sorveglianza infermieristica del paziente cronico al domicilio.

Sulla base di tale evoluzione, l'ASST di Lecco ha attivato un progetto di sorveglianza domiciliare (PSD) per la presa in carico infermieristica a favore di pazienti con bisogni sanitari e sociosanitari che hanno difficoltà ad accedere all'ambulatorio del medico di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medico di medicina generale). L'avvio del progetto è stato possibile grazie ad un approccio partecipativo, che ha previsto ripetuti incontri con il coordina-

mento degli infermieri di famiglia e di comunità, il dipartimento di cure primarie e i referenti delle aree funzionali territoriali. Tra i temi oggetto di discussione, particolare enfasi è stata posta alla condivisione dei criteri per garantire l'accesso appropriato al servizio da parte delle categorie di assistiti eleggibili. Il PSD è, in particolare, rivolto a pazienti cronico/fragili di età superiore a 65 anni, in condizioni di stabilità clinica e impossibilitati a recarsi presso l'ambulatorio, con esclusione dei pazienti già in carico al sistema nei livelli di assistenza domiciliare integrata.

Il progetto prevede che la sorveglianza domiciliare possa essere attivata da medici di assistenza primaria a ciclo di scelta direttamente con l'infermiere di studio oppure per il tramite dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC). Per l'avvio dell'attività, i medici aderenti al progetto hanno potuto arruolare fino a 15 assistiti con cadenza mensile e, come riportato anche nella DGR 717/23, solo eccezionalmente quindicinale.

L'accesso al domicilio è a cura dell'infermiere di famiglia e comunità, ma è possibile l'accesso congiunto con il medico per condividere il piano di lavoro. Nella logica di prevenzione proattiva nell'ambito della cronicità, l'IFeC interpreta al meglio il ruolo di *case manager* e assicura una sorveglianza proattiva, finalizzata a cogliere precocemente l'insorgenza di complicanze nei pazienti in carico così da ridurre gli accessi in pronto soccorso e i ricoveri evitabili. L'attività di sorveglianza al domicilio si fonda sulla raccolta di informazioni utili alla rilevazione di eventuali elementi di criticità rispetto alla condizione clinica di stabilità del paziente, garantendo al contempo un intervento educazionale e di addestramento al paziente e al caregiver. In particolare, l'IFeC si occupa di: (i) somministrare scale di valutazione multidimensionale; (ii) rilevare parametri vitali, segni e sintomi relativi alle patologie di cui è a conoscenza o di nuova insorgenza; (iii) monitorare l'aderenza terapeutica, l'uso/disponibilità di ausili e presidi, la necessità di informazioni sanitarie dell'individuo e della sua famiglia; (iv) valutare i rischi ambientali e domestici, nonché il bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, considerando anche la presenza e l'adeguatezza del *care giver*; (v) registrare l'eventuale ricorso ai servizi di pronto soccorso e di continuità assistenziale.

Qualora l'infermiere rilevi una o più criticità durante l'accesso domiciliare, il medico curante viene attivato per predisporre un'azione coerente con quanto rilevato, come ad esempio un accesso medico domiciliare per lo svilupparsi di una instabilità clinica, un contatto telefonico con il paziente/la famiglia/il *caregiver* per la definizione di ipotesi di intervento migliorativo, un raccordo con gli operatori del distretto per l'attivazione di altre unità di offerta o per l'integrazione con i servizi sociali.

Box 16 - Il ruolo dell'infermieristica di comunità e dei *team* di prossimità nell'AUSL di Modena

Il DM 77/2022 ha introdotto il modello organizzativo dell'infermieristica di comunità a supporto della presa in carico, recepito dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR 2221/2022. Nel 2020 l'AUSL di Modena aveva già avviato una sperimentazione nelle aree montane dell'Appennino modenese e nelle zone rurali, in ragione del fatto che alla forte presenza di popolazione nelle fasce di età più elevate, con maggiore incidenza e prevalenza di una o più patologie croniche, si aggiunge una fragilità geografica.

In coerenza con i principi di *population health management*, l'introduzione degli infermieri di famiglia e comunità, supportati da *team* multidisciplinari di prossimità, permette di profilare i bisogni individuali e collettivi e di agire in modalità proattiva attraverso l'identificazione della popolazione di riferimento in base al bisogno di salute, alla stratificazione in base alla gravità e alla valutazione dei modelli di presa in carico, *in primis* nelle aree montane e rurali.

In un'ottica di sostenibilità, efficienza, integrazione, contaminazione dei saperi e prossimità al cittadino, il modello organizzativo prevede la costituzione di *team* di prossimità multidisciplinari, punti di riferimento per l'assistenza sanitaria e riconoscibili dai cittadini. I *team* di prossimità rappresentano il riferimento per la popolazione residente nei territori individuati, anche grazie alla rete delle case di comunità e dei punti di infermieristica di comunità che garantiscono una copertura oraria di 12 ore, 7 giorni 7. In tali contesti, il lavoro di *équipe* è facilitato dall'infermiere di comunità, che opera in stretta collaborazione con medici delle cure primarie, servizi sociali, farmacie dei servizi, associazionismo locale e reti informali (come luoghi di culto, circoli, palestre, ecc.), a cui si aggiungono professionisti che si occupano di target di utenti specifici (cure palliative, salute mentale, disturbi cognitivi, consultori, riabilitazione, pediatria di comunità, prevenzione, diabetologia, ecc). Nei team di prossimità, gli infermieri di comunità si occupano del coordinamento delle attività locali attivate e attivabili per gli assistiti e sono il riferimento per gli attori coinvolti.

Tipicamente, l'ambito di azione dell'infermiere di comunità include sia interventi comunitari, a supporto della rete di *welfare* di comunità, sia interventi ambulatoriali e domiciliari, questi ultimi distinguibili in: (i) interventi di presa in carico, di prevenzione e promozione della salute diretti alla persona e alla sua famiglia/caregiver, realizzati anche attraverso strumenti di telemedicina; (ii) interventi indiretti, finalizzati a facilitare i percorsi sanitari e socioassistenziali.

Nelle zone di sperimentazione del nuovo modello organizzativo, l'infermiere di comunità rappresenta un punto di riferimento per la facilitazione dell'accesso ai servizi, sostegno ai *caregiver* per l'addestramento e formazione sulla gestione a domicilio del familiare/assistito.

In quarto luogo, la costruzione di percorsi di salute nelle aree rurali richiede significative energie nel realizzare diffusi dispositivi di **orientamento e valutazione integrata** e pratiche di **gestione della transizione dei pazienti** tra i diversi ambiti di cura e assistenza che caratterizzano i nodi *hub* (tipicamente localizzati nelle aree caratterizzate da maggior densità di popolazione e minore distanza dai centri prevalentemente urbani) e i nodi *spoke* (diffusi anche nelle aree rurali, seppur con livelli di strutturazione più o meno marcati). Con riferimento ai dispositivi di orientamento e di valutazione integrata, si segnalano gli esempi offerti dalla strutturazione e organizzazione di un punto unico di accesso nelle case della comunità dell'ASST di Melegnano e della Martesana (cfr. Box 17) e dalla costituzione dell'unità di valutazione multidimensionale integrata sviluppata dalla ASST di Lecco in collaborazione con la Conferenza dei sindaci (Consiglio di rappresentanza dei sindaci degli ambiti di Bellano, Lecco e Merate) (cfr. Box 18). La rilevanza di tali dispositivi assume sempre maggior centralità alla luce del fatto che il mutamento della struttura sociodemografica, l'aumento della popolazione anziana e della non autosufficienza, delle gravissime disabilità, delle situazioni di rischio di povertà e di disagio sociale ed economico fanno emergere complessi bisogni (più o meno espressi) di assistenza da parte delle persone e delle famiglie. Tali sfide, valide in linea generale in ogni tipologia di area territoriale, assumono ancora maggior criticità nelle aree rurali dove emerge in maniera sempre più forte la richiesta di servizi accessibili, flessibili e prossimi ai luoghi di vita, ivi incluse le azioni di aiuto e sostegno per il mantenimento presso il domicilio della persona in condizione di non autosufficienza. Tali sfide richiedono di promuovere un'efficace presa in carico, ponendo al centro del sistema la persona, valorizzando l'intero processo clinico e socio-assistenziale, supportando la famiglia con lo scopo di migliorane la qualità di vita e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso alle cure.

Box 17 - Strutturazione e organizzazione del punto unico di accesso nelle case di comunità dell'ASST Melegnano e della Martesana

Nell'ambito delle azioni di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza di prossimità, l'ASST di Melegnano e della Martesana ha attivato otto punti unici di accesso (PUA). Trattasi di sportelli polifunzionali, volti a superare le mere funzioni di collegamento e coordinamento per promuovere processi di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale con riferimento al complesso dei servizi presenti nell'area locale di riferimento.

Al fine di garantirne agevole accessibilità, i PUA sono stati collocati in spazi dedicati, visibili e facilmente raggiungibili all'ingresso delle case della comunità (CdC). Dotati di linee telefoniche e informatiche dedicate, sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 15:30 in accesso libero, mentre nei medesimi giorni dalle 15:30 alle 20:00 e il sabato mattina su appuntamento.

All'interno del PUA operano un infermiere di famiglia e comunità (IFeC) e un assistente sociale, le cui modalità di lavoro si articolano sia in *front office* sia in *back office*. Tra le prime, si annovera anzitutto l'attività di accoglienza, ascolto e, se è presente la persona interessata al percorso di assistenza, prima valutazione dei bisogni mediante la compilazione di apposite schede. Qualora, come esito della prima valutazione del bisogno, emerga un bisogno semplice, l'utente viene indirizzato al servizio preposto (es. assistenza domiciliare o ambulatori infermieristici). In caso di bisogno complesso, segue un'ulteriore fase valutativa multidimensionale, che coinvolge altri operatori in relazione al bisogno manifestato (es: assistente sociale comunale, psicologo, etc.). L'attivazione dell'équipe di valutazione multidimensionale porta alla definizione di un progetto assistenziale individuale, dove vengono esplicitati gli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari, sociali da attivare a tal fine. A valle della definizione degli interventi necessari, l'attivazione della centrale operativa territoriale permette di interfacciarsi con i servizi necessari, in base alla disponibilità dell'offerta presente sul territorio.

Altre attività di *front office* includono: (i) orientamento per favorire l'accesso ai servizi sanitari e sociali, in coerenza con la domanda espressa e con il bisogno rilevato; (ii) ricevimento della segnalazione di persone fragili, effettuata da singoli cittadini, così da far emergere bisogni altrimenti inespressi e creare una "collaborazione collettiva" rispetto alla presa in carico della fragilità, della cronicità e della complessità; (iii) rilascio di informazioni relative ai servizi e alle modalità d'accesso. Tra le altre attività di *back office*, si svolgono: (i) valutazione dei casi accolti o segnalati, sulla base di informazioni sanita-

rie, socio-sanitarie, sociali raccolte; (ii) ricezione delle segnalazioni relative a persone fragili effettuate dai servizi sociali dei comuni, dai servizi dimissioni protette degli ospedali, dai servizi specialistici del territorio e da medici di assistenza primaria; (iii) attivazione del percorso di presa in carico sul programma informatico (sistema di gestione digitale del territorio); (iv) realizzazione di interventi per la risoluzione diretta delle situazioni più semplici; (v) attivazione della rete dei servizi, reti informali e formali presenti sul territorio; (vi) incontri d'équipe tra gli operatori per l'analisi di situazioni particolari; (vii) attivazione della valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento dei servizi specialistici sanitari e territoriali, in presenza di bisogni socio-sanitari complessi, per la conseguente presa in carico; (viii) aggiornamento e coinvolgimento dei medici di famiglia; (ix) monitoraggio dei percorsi attivati. Tutte le attività del PUA vengono tracciate mediante un sistema sia cartaceo sia informatico, attraverso il sistema di gestione digitale del territorio, così da poter seguire il percorso del paziente.

Box 18 - La costituzione dell'unità di valutazione multidimensionale integrata nell'ASST di Lecco in collaborazione con la Conferenza dei sindaci (Consiglio di rappresentanza dei sindaci degli ambiti di Bellano, Lecco e Merate)

Per rispondere alla necessità della popolazione afferente alla provincia di Lecco, nei termini stabiliti dalle normative regionali, nazionali ed europee in materia di fragilità, disabilità e non autosufficienza e all'accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa, gestionale e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone non autosufficienti o in condizioni di disabilità previsto dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024, l'ASST Lecco e la Conferenza dei Sindaci (Consiglio di rappresentanza dei sindaci degli ambiti di Bellano, Lecco e Merate) hanno costituito l'unità di valutazione multidimensionale integrata (UVMI) attraverso un protocollo di intesa, siglato nel dicembre 2023. Attraverso questo dispositivo organizzativo si integrano, all'interno del processo di valutazione, le competenze sanitarie e socio-assistenziali dei professionisti di area sanitaria e sociale necessarie per garantire un approccio globale alla persona con bisogni complessi, fragile e/o con disabilità. Inoltre, si pongono le premesse per una personalizzazione dell'intervento grazie alla partecipazione attiva dell'interessato, della sua famiglia ovvero di chi ne rappresenta la tutela giuridica. La finalità ultima è co-costruire un profilo della persona fragile e/o con disabilità, del suo fun-

zionamento e del suo contesto di vita familiare e sociale, a partire dal riconoscimento di desideri, aspettative e potenzialità, con il fine di individuare ciò che agisce come facilitatore o ostacolo alla partecipazione sociale e alla vita autonoma, nonché identificare gli strumenti di sostegno alle fragilità derivante dalla condizione di non autosufficienza e disabilità.

La valutazione viene effettuata da un'*équipe* multiprofessionale oppure direttamente dal *case manager* monoprofessionale che, se necessario, a sua volta coinvolge, in un secondo momento, i professionisti previsti dalla UVMI. In ogni caso, l'obiettivo ultimo è valutare/rivalutare le persone con richiesta di accesso alle diverse misure regionali rivolte alle persone fragili e/o in condizione di non autosufficienza e con disabilità/gravissima disabilità, per le progettazioni/riprogettazioni previste dal PNRR o da altre discipline regionali e nazionali in materia e per la valutazione/rivalutazione di cure domiciliari e assistenza domiciliare integrata. I professionisti che concorrono alla valutazione multidimensionale (multi o mono professionale) sono: (i) specialista dell'ASST o medico di assistenza primaria afferente alla persona assistita; (ii) infermiere della struttura semplice coordinamento disabilità e fragilità dell'ASST; (iii) assistente sociale della struttura semplice coordinamento disabilità e fragilità dell'ASST; (iv) operatore afferente al servizio di aiuto all'inclusione vita indipendente, costituito per gli ambiti di Bellano, Lecco e Merate; (v) assistente sociale del comune di residenza della persona; (vi) referente del servizio/centro/unità d'offerta frequentato, ove presente. Pertanto, l'UVMI garantisce una procedura condivisa nell'elaborazione del progetto individuale/progetto di vita attraverso la collaborazione di figure specialistiche dell'ASST, degli operatori del servizio di aiuto all'inclusione negli ambiti territoriali, dei comuni, del terzo settore, delle famiglie e delle stesse persone con disabilità titolari del progetto.

Con riferimento alle pratiche di *transitional care*, particolarmente interessante è anzitutto l'esperienza della centrale operativa interaziendale attivata dalla ASL Roma 4 (cfr. Box 19) in considerazione del fatto che gli utenti residenti nel distretto 4 (*infra* Box 1) raggiungono più velocemente gli ospedali di altre aziende rispetto ai presidi aziendali in quanto nel distretto non è presente un ospedale per acuti. Altrettanto interessante è il sistema delle centrali operative territoriali, di livello aziendale e distrettuale, progettato e sviluppato dalla AUSL di Modena (cfr. Box 20), in integrazione anche con la centrale di telemedicina (cfr. Box 21). Parimenti si segnala l'importanza di riconoscere e presidiare gli elementi di distinzione tra centrali ope-

rative e punti unici di accesso, considerato che le prime sono attivate dai professionisti che richiedono un supporto sistemico per esigenze di *transitional care* relative a casi maggiormente complessi, mentre i secondi offrono funzioni di orientamento agli utenti oltre che di valutazione diffusa, così da creare un tessuto organizzativo integrato e sinergico. A tale proposito, si richiama nuovamente l'esperienza di strutturazione dei punti unici di accesso nelle case di comunità che l'ASST di Melegnano e della Martesana sta integrando con le centrali operative territoriali (cfr. Box 17).

Box 19 - Il piano di integrazione territoriale per le cure di transizione (COT interaziendale) della Asl Roma 4

Come indicato nel DM 77/2022 e nei successivi Decreti di Giunta della Regione Lazio che ne declinano l'attuazione (in primis la DGR 643/2022), un ruolo chiave nell'organizzazione dei servizi territoriali è svolto dalle Centrali Operative Territoriali (COT), a loro volta divise in COT-A (aziendali) e COT-D (distrettuali). Nel caso della ASL Roma 4 si è posta l'esigenza di sviluppare cure di transizione anche a livello interaziendale per rispondere alla specificità del Distretto 4 che, come si è visto in precedenza (cfr. Box 1), si caratterizza per l'assenza di ospedali per acuti, (sia pubblici sia privati accreditati) e dal fatto che la popolazione (circa 120.000 abitanti) tende, per ragioni di vicinanza geografica e di viabilità, a rivolgersi ai grandi ospedali situati nella fascia nord di Roma (*in primis* l'AOU S. Andrea e l'Ospedale San Filippo Neri della ASL Roma 1). Al fine di intercettare e governare il flusso di pazienti che si rivolgono ad ospedali extra-aziendali, la ASL Roma 4, la ASL Roma 1, la ASL Roma 5 e l'AOU S. Andrea hanno stipulato un accordo per un piano di integrazione territoriale condiviso (COT interaziendale).

La COT interaziendale si qualifica come un nuovo modello di organizzazione delle cure di transizione che permette di garantire, ai pazienti di tutte le aziende coinvolte, equità di accesso alle cure in quanto prevede l'organizzazione prioritaria del percorso di transizione, tra le aziende coinvolte, dei pazienti particolarmente fragili. L'applicazione del Piano, inoltre, valorizza l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari delle aziende firmatarie e consente di intercettare e prendere in carico il flusso di utenti a rischio di dimissione difficile (per ragioni sia sociali sia sanitarie). Ad esempio, l'AOU Sant'Andrea segnala, tramite apposito *alert,* i pazienti a rischio di dimissione difficile e residenti all'interno delle Aziende Sanitarie che hanno firmato l'accordo e la COT interaziendale ne

facilita la presa in carico territoriale. L'azione di transizione stabilita dal piano di integrazione vale anche per i flussi dei pazienti dal territorio all'ospedale. Ad esempio, i pazienti residenti nel Distretto 4 della ASL Roma 4, non avendo un ospedale distrettuale, possono accedere alle stesse prestazioni di laboratorio dei pazienti residenti nella ASL Roma 1 o di quelli che si recano presso il laboratorio analisi dell'Ospedale S. Filippo Neri o dell'AOU S. Andrea.

Il disegno del piano di integrazione territoriale è stato definito un gruppo di lavoro interaziendale (avviato nel gennaio 2023 e tutt'ora attivo) che ha coinvolto, oltre alle direzioni strategiche che hanno guidato personalmente i lavori, il personale infermieristico che lavora nelle COT delle aziende coinvolte. Gli incontri del gruppo di lavoro sono stati convocati e presieduti dal direttore generale dell'AOU S. Andrea e hanno visto la costante partecipazione degli altri direttori generali. Inoltre, sono stati previsti significativi investimenti di accompagnamento e supporto con riferimento sia alle dotazioni tecnologiche, soprattutto per quanto riguarda la Telemedicina, sia allo sviluppo di competenze degli operatori del comparto (coinvolti tramite eventi formativi dedicati, tra cui un corso di formazione aziendale e uno interaziendale). I principali fattori di successo dell'esperienza sono da ricondurre alla fattiva collaborazione interaziendale e al conseguente scambio di informazioni continuo. Tra i risultati sinora ottenuti, si segnala una pronta presa in carico da parte del territorio dei pazienti in dimissione con una riduzione della degenza media dei pazienti ricoverati presso l'AOU S. Andrea.

Box 20 - Il sistema delle centrali operative territoriali della AUSL di Modena

L'AUSL di Modena ha progettato un articolato sistema di centrali operative territoriali (COT) per le funzioni di *transitional care* fondato su un modello organizzativo finalizzato a governare l'integrazione della filiera dei servizi e professionisti aziendali coinvolti nei vari setting assistenziali (attività sanitarie e sociosanitarie, sia ospedaliere sia territoriali). In particolare, sono attive 7 COT di cui una con funzioni *hub* in cui è presente anche la centrale di telemedicina (cfr. Box 21). Il raccordo con i servizi di telemedicina, in una logica di sistema aziendale che raccorda le aree centrali con quelle più remote, si rileva particolarmente utile anche nelle aree montane e rurali in quanto la disponibilità di strumenti digitali nelle COT dei distretti periferici consente di accorciare le distanze sia nell'attivazione dei servizi sia nel mantenimento delle relazioni tra i diversi professionisti del sociale e del sanitario.

Ciascuna COT, rappresentando il nodo operativo principale per l'accesso alle cure intermedie, ha la responsabilità di garantire una risposta efficace a bisogni multidimensionali (sanitari, socio-sanitari e sociali) che richiedono l'attivazione di processi erogativi multipli di pertinenza di diversi attori afferenti alle aziende sanitarie, agli enti locali e all'associazionismo. La centrale può essere attivata da tutti i professionisti (non direttamente dal cittadino) afferenti all'ambito sanitario, sia del territorio sia dell'ospedale, compresi i servizi di pronto soccorso e pronto intervento sociale, al fine di consentire la messa in rete di tutte le risorse formali e informali del territorio di riferimento a beneficio degli utenti e dei *caregiver*. In particolare, la COT si prefigge gli obiettivi di:

1. garantire prossimità e vicinanza al cittadino attraverso interventi tempestivi nel rispetto dell'appropriatezza delle risorse impiegate;
2. aumentare la condivisione e integrazione con i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medici di medicina generale) e i pediatri di libera scelta;
3. configurare un modello organizzativo in grado di allineare i servizi sanitari, territoriali, ospedalieri, sociali, della rete di emergenza-urgenza ai bisogni di cura della comunità e dell'assistito;
4. attivare gli enti del terzo settore coinvolti in percorsi di co-progettazione.

Inoltre, spetta alla COT il ruolo di verifica dell'avvio dei percorsi definiti e del completamento delle transizioni ancora temporanee (es. accesso in ospedale di comunità o residenze socio-sanitarie in via temporanea o definitiva). Il target di utenti individuato per la *transitional care* comprende principalmente assistiti multicronici, anziani ad elevata complessità con rischio di scompenso e riacutizzazione, persone con disturbi comportamentali legati a demenza, psichiatrici con problemi organici, bambini con bisogni complessi, donne con gravidanza multiproblematica, persone con disabilità di varia tipologia, utenti con fragilità sociale.

Le COT hanno un'apertura h.12, 7 giorni su 7, ubicate prioritariamente presso le Case della Comunità. Il personale afferente alle COT include gli infermieri (6 nella COT *hub* e 4 nelle COT *spoke*) e un assistente sociale dei Comuni. Gli aspetti organizzativi-gestionali sono affidati ad un responsabile Infermieristico. Inoltre, le COT dell'AUSL di Modena hanno a disposizione risorse sanitarie e sociali concertate nei Comitati di distretto e risorse del volontariato.

Nell'anno 2023 sono stati valutati alcuni indicatori di esito dell'introduzione del sistema delle COT, tra cui si evidenzia una riduzione dell'11,8% (statisticamente significativa) del tasso re-ricovero a 30 giorni dalla dimissione. Tra i punti di forza di questa pratica aziendale si segnalano: (i) la stretta connessione con il servizio sociale che è presente anche fisicamente nella COT; (ii) il lavoro

integrato con i punti unici di accesso e con la rete socio-sanitaria distrettuale; (iii) la coprogettazione e condivisione delle risorse del volontariato a disposizione della COT; (iv) l'integrazione tra professionisti appartenenti a diversi dipartimenti sia dell'ambito territoriale che ospedaliero; (vi) l'utilizzo di strumenti di telemedicina per una maggiore tempestività nella risposta (es. per le UVM).

Box 21 - L'attivazione della centrale di telemedicina dell'AUSL di Modena

La digitalizzazione promossa dal DM 77/2022 rappresenta l'opportunità e l'occasione per dare supporto ad un sistema sanitario non solo più agile ed efficiente, ma anche e soprattutto maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. Nella riorganizzazione dei servizi territoriali l'AUSL di Modena ha previsto l'istituzione della centrale di telemedicina che, collocata nella COT con funzione di *hub* (cfr. Box 20), svolge principalmente attività di telemonitoraggio e teleassistenza. Istituita nel giugno 2020 per i pazienti con infezione da SARS-CoV2, che necessitavano di monitoraggi continui della saturazione e della frequenza cardiaca, ad oggi la centrale ha in carico pazienti con patologia cronica, sia in età adulta che pediatrica. Nelle aree montane e rurali la Centrale di Telemedicina supporta anche la presa in carico dei pazienti psichiatrici con il monitoraggio dei parametri e attività in teleassistenza, anche attraverso videochiamate con utenti e familiari/*caregiver*. Inoltre, si è avviato un percorso rivolto agli anziani con demenza e disturbi comportamentali in stretta connessione con i setting assistenziali presenti in queste aree come le residenze sociosanitarie e i professionisti delle case della comunità montane.

L'*équipe* della centrale di telemedicina è composta da infermieri e opera 7 giorni su 7 per 12 ore. Settimanalmente e/o in base al piano assistenziale individualizzato, gli infermieri della centrale effettuano una videochiamata ai pazienti e caregiver/familiari per il monitoraggio dei parametri dei pazienti così come descritti nei piani assistenziali individualizzati. Qualora i valori rilevati necessitino di ulteriori approfondimenti ovvero emergano necessità di confronto per approfondire elementi non sufficientemente chiari, gli infermieri della centrale attivano i professionisti che hanno in carico la persona in prossimità (infermiere di comunità, medico di famiglia, specialista). L'azione di monitoraggio continuo consente l'intercettazione del cambiamento dei parametri clinici così da intervenire tempestivamente, informando l'*équipe* di riferimento del paziente, gestendo le problematiche e garantendo prossimità.

Le patologie più frequenti degli utenti telemonitorati sono rappresentate

principalmente da scompenso cardiaco (29%), diabete mellito di tipo 2 (21%), malattie oncologiche (18%), BPCO (14%), insufficienza renale cronica (8%), e altre condizioni croniche come la demenza, le patologie psichiatriche, metaboliche, neurologiche, epatiche, ecc. (10%), tra cui bambini con obesità.

Infine, la ricerca di soluzioni organizzative a responsabilità diffusa, flessibili e integrate, oltre a rappresentare un principio guida di carattere generale, assume rilevanza anche con riferimento a **specifici target di utenti** che, seppur presenti anche nelle aree urbane, manifestano **particolari complessità e rischi nelle aree rurali maggiormente isolate**. Ne sono interessanti esempi: (i) il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale adulti fragili, attivato dalla AUSL di Piacenza in collaborazione tra il dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, i servizi sociali territoriali e gli uffici di piano, con obiettivi di inclusione sociale (cfr. Box 22); (ii) il progetto PONTE, promosso dal dipartimento cardiovascolare in collaborazione con il dipartimento assistenziale territoriale della ASL di Bari, per la presa in carico dei cardiopatici cronici che, una volta dimessi dai presidi ospedalieri aziendali, vengono gestiti dalla cardiologia ambulatoriale nelle aree di residenza (cfr. Box 23); (iii) i progetti di prevenzione e contrasto alla violenza di genere che valorizzano e integrano i nodi delle reti di prossimità, sviluppati dalla ASL di Bari (cfr. Box 24) e dalla AUSL di Modena (cfr. Box 25).

Box 22 - Il percorso per gli adulti fragili nell'esperienza della AUSL di Piacenza

L'AUSL di Piacenza, muovendo dal riconoscimento della crescente diffusione di situazioni di fragilità che i servizi CSM-SerDP tendono a ritenere "improprie" rispetto a una presa in carico strettamente sanitaria e riguardo alle quali i servizi sociali territoriali e le agenzie esterne esprimono elevate attese di cooperazione e supporto, ha sviluppato e adottato il PDTA adulti fragili rivolto agli adulti in condizioni di fragilità socio-relazionale. Il percorso è volto a intercettare, valutare e prendere in carico tali utenti con finalità di inclusione sociale, intesa come raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita. I due pilastri che orientano le azioni previste nel percorso sono: da un lato, impegno nel contesto

sociale, anche sul piano delle micro-relazioni, in modo da favorire un'articolata conoscenza delle risorse e dei soggetti delle comunità locali e attivare una prossimità solidale nei confronti nell'adulto fragile; dall'altro lato, avvicinamento all'utente, rispettandone i tempi e mantenendo la relazione con lo stesso e il suo contesto anche nei momenti di apparente "non azione" quando non accetta l'intervento. Nonostante tale percorso sia diffuso indipendentemente dalla residenza degli utenti in carico, è proprio nelle aree rurali che assume maggiore rilevanza per il maggior rischio di isolamento che esse comportano.

Il percorso si è avviato nell'aprile 2012, quando il DSMDP dell'AUSL di Piacenza, con il coinvolgimento dei servizi sociali territoriali e degli uffici di piano, ha strutturato una formazione sulle problematiche consistenti e ricorrenti degli adulti fragili e sulle modalità per promuovere efficaci azioni collaborative di intervento. Punto chiave del percorso è sostenere processi di integrazione tra servizi, così da affrontare in modo più integrato i problemi dei cittadini, ovvero superando gerarchie e suddivisioni dei servizi, foriere di visioni separate e unilaterali delle problematiche che, a loro volta, inibiscono la possibilità di riconoscere e comprendere le sempre più frequenti situazioni complesse spinte dai pesanti cambiamenti socio-economici e culturali. Operativamente, il percorso ha consentito di: (i) costruire criteri di valutazione condivisi per una più efficace individuazione e articolazione delle problematiche vissute dagli utenti; (ii) mettere a punto ipotesi progettuali per sviluppare una presa in carico integrata nelle diverse situazioni; (iii) definire indicazioni metodologiche e organizzative per la gestione dell'utenza grazie a processi di collaborazione tra servizi. Alla prima stesura del PDTA è seguita una formazione specifica e un periodo di sperimentazione volto a verificare e perfezionare non solo ipotesi culturali, metodologiche e organizzative, ma anche strumenti operativi. Con riferimento a questi ultimi, ad oggi si identificano: (i) la mappatura di possibili tipologie di situazioni con i relativi obiettivi e linee guida per la collaborazione tra professionisti; (ii) la scheda per la valutazione delle situazioni e la progettazione degli interventi; (iii) la scheda di lavoro nel contesto sociale; (iv) i test Mini ICF e WHOQOL breve per la valutazione degli esiti.

I processi di ibridazione e integrazione che contraddistinguono il percorso sono agevolati dalla costituzione, a livello distrettuale, di cinque gruppi di operatori trasversali ai servizi sociali e sanitari (uno a Piacenza, due a Levante, due a Ponente) aventi come obiettivo l'appropriazione di una nuova impostazione del lavoro sociale nella gestione delle situazioni individuate. I gruppi territoriali si riuniscono con periodicità regolare (un incontro al mese per dieci mesi all'anno) e hanno anche la prerogativa di verificare il funzionamento del sistema rispetto agli accordi sulla gestione dei casi di fragilità adulta. L'intero percorso è stato sostenuto attraverso la costruzione di condizioni istituzionali e

organizzative. È stato costituito un comitato di gestione, composto dal direttore aziendale delle attività socio-sanitarie, dal direttore dell'unità di psichiatria di collegamento, dai direttori di distretto e dai responsabili degli uffici di piano, volto a sostenere le corresponsabilità progettuali e gestionali. Inoltre, sono stati coinvolti gli amministratori al fine di favorire la conoscenza del percorso e conferire un mandato istituzionale agli operatori che lo realizzano.

Box 23 - La presa in carico dei cardiopatici cronici nella ASL di Bari: il progetto PONTE

Il Progetto PONTE, promosso dal Dipartimento Cardiovascolare e con la collaborazione del Dipartimento Assistenziale Territoriale della ASL di Bari, è un modello organizzativo per la presa in carico degli assistiti ricoverati per sindrome coronarica acuta (SCA), scompenso cardiaco e cardiopatia aritmica che, una volta dimessi dai presidi ospedalieri della ASL, vengono gestiti dagli specialisti cardiologi ambulatoriali del territorio di residenza.

L'obiettivo del progetto è assicurare, con un *follow-up* strutturato, la presa in carico del paziente cardiopatico nella fase post-acuta, preferibilmente condotto dallo stesso specialista – con tempistiche standardizzate, ancorché modificabili in caso di variazioni cliniche – finalizzato alla stabilizzazione clinica, all'ottimizzazione della terapia, al miglioramento dell'aderenza ai trattamenti raccomandati e alla riduzione degli accessi ospedalieri. Il percorso prevede che, a circa 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (dopo la prima visita di controllo effettuata nel reparto di ricovero), al fine di verificare la stabilizzazione clinica, lo specialista cardiologo ospedaliero produca una ricetta dematerializzata per ECG, ecocardiogramma e Visita cardiologica di controllo. Il *case manager* di presidio ospedaliero, acquisiti i dati dell'assistito, prenota il primo controllo territoriale nell'agenda, dedicata al progetto, del cardiologo operante nel comune di residenza dell'assistito o in quello più prossimo alla residenza. Successivamente provvede a comunicare all'assistito data, orario e sede del controllo. Lo specialista cardiologo ambulatoriale che prende in carico l'assistito, dopo averlo visitato la prima volta, prenota il successivo controllo nelle agende dedicate al controllo, previa emissione di nuova ricetta dematerializzata. Inoltre, nel caso ritenga necessario un esame non effettuabile negli ambulatori territoriali, può far ricorso (tramite il *case manager*) all'unità operativa che ha avuto in cura l'assistito. Il medico di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medico di medicina generale) è aggiornato dall'assistito delle varie fasi di presa in carico, a partire dalla lettera di dimissione ospe-

daliera fino al passaggio nel setting territoriale, in modo da poter – in caso di variazioni cliniche intercorrenti tra un controllo e il successivo – contattare o il reparto di dimissione (per eventuali anticipi di controlli) o lo specialista ambulatoriale di riferimento (per nuova richiesta di ricovero). Il progetto si avvale di una piattaforma applicativa dedicata che consente ai professionisti sanitari di disporre di un sistema gestionale elettronico per la raccolta organica e strutturata dei dati riferiti alla storia clinica di un paziente in regime di ricovero e di *follow-up*, garantendo il supporto dei processi clinici (diagnostico-terapeutici) e assistenziali nei singoli episodi di cura, favorendo la continuità di cura del paziente mediante la condivisione e il recupero dei dati clinici in essi registrati e la creazione del dossier sanitario del paziente.

Un recente studio epidemiologico (Locuratolo *et al.*, 2022) ha dimostrato che il progetto PONTE ha consentito di implementare un sistema di adeguata presa in carico del paziente cardiopatico, di organizzare un *follow-up* strutturato e condiviso dei pazienti dimessi dopo SCA e/o rivascolarizzazione coronarica, permettendo di migliorare l'adesione alle terapie raccomandate e mantenere relativamente ridotta l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori e sanguinamenti.

Box 24 - L'*équipe* multidisciplinare integrata contro la violenza di genere nell'esperienza dell'ASL di Bari

Alla luce del carattere transnazionale della violenza contro le donne e i minori e della compressione dei diritti umani fondamentali in essa insita, il contrasto e la prevenzione della violenza di genere, la cui incidenza è particolarmente elevata in aree rurali e periferiche, rappresenta una priorità su cui intervenire con politiche *ad hoc* che garantiscano una copertura territoriale da parte dei servizi. La strategia avviata dall'ASL di Bari ha l'obiettivo di sviluppare e consolidare un sistema di servizi e interventi, stabili e diffusi sul territorio, in grado non solo di offrire accoglienza, ma anche opportunità di ricostruzione di un progetto di vita.

L'***équipe*** multidisciplinare integrata (EMI) è un organismo multidisciplinare per la presa in carico e gli interventi relativi alla prevenzione e contrasto del maltrattamento e della violenza, istituito in ciascun ambito sociale territoriale (come disposto dalla Regione Puglia), con compiti di: raccogliere le segnalazioni, rilevare le situazioni sospette, valutare le eventuali necessarie azioni di protezione, segnalare alle autorità competenti situazioni di abusi sessuali, maltrattamenti e violenze, elaborare e monitorare i progetti di interventi inte-

grati, promuovere attività di sensibilizzazione sulle attività istituzionali di prevenzione e contrasto alla violenza di genere. Nell'ambito della rete regionale di servizi previsti a favore dei minori e delle donne, l'EMI, composta da operatori dei servizi sociali comunali e dei servizi sanitari (consultori familiari), si articola organicamente con: i referenti ospedalieri (attivi in condizione di urgenza-emergenza), i pediatri di libera scelta, le forze dell'ordine, i centri antiviolenza, le comunità educative/case rifugio, gli operatori della scuola, i genitori che accedono spontaneamente.

A marzo 2024, la Direzione Sanitaria ha avviato uno studio retrospettivo osservazionale sulle attività delle EMI (n.12, una per D.S.S.), con riferimento ai casi in carico nel corso dell'anno precedente, mediante apposito questionario. I risultati preliminari dello studio evidenziano che gli atti di maltrattamento/violenza si verificano principalmente in ambito intra-familiare (oltre il 70%), nella maggior parte dei casi le vittime (donne e minori) sono cittadini italiani (90%), residenti nell'ambito territoriale/DSS (96%). Le tipologie di maltrattamento prevalentemente descritte sono: psicologica (30%), violenza assistita (29%) e maltrattamento fisico (26%). Le forme più frequenti di accesso all'EMI sono quelle su invio dell'autorità giudiziaria (49%) e del servizio sociale del comune (42%), mentre solo il 6% avviene mediante accesso spontaneo, il 2% su richiesta del centro antiviolenza e l'1% su invio delle forze dell'ordine. Le modalità di presa in carico attivate sono state: interventi di natura protettiva del minore in collaborazione con il servizio sociale territoriale di riferimento e con i servizi di pronto intervento sociale (38%), gestione diretta del caso (37%), tempestiva segnalazione/denuncia all'autorità giudiziaria (21%), attivazione del centro di riferimento regionale (4%). Sono state effettuate n. 4152 valutazioni psicodiagnostiche, di cui la maggior parte mediante colloqui psicologici clinici con il genitore/il minore/la famiglia (62,6%), e n.5000 interventi terapeutici, di cui il 32% mediante sedute di supporto alla genitorialità. Infine, sono stati effettuati n.23 eventi di sensibilizzazione, organizzate principalmente in ambito scolastico.

Alla luce dei benefici conseguiti dalla ASL sul piano programmatico, si evidenziano ulteriori ambiti di miglioramento in relazione agli strumenti e sistemi di tutela e protezione dei minori e delle donne vittime di violenza, tra cui: (i) migliori cooperazione e coordinamento nella raccolta di dati amministrativi comparativi e basati su indagini sul campo, al fine di rendere più efficaci le misure per il contrasto alla violenza di genere; (ii) investimento in formazione continua di tutti i soggetti che, nel difficile percorso di sostegno, entrano in connessione con le vittime.

Box 25 - Lavoro di rete e di prossimità per il contrasto alla violenza di genere: il coinvolgimento delle farmacie rurali nell'esperienza della AUSL di Modena

L'Azienda USL di Modena partecipa dal 2007, insieme ad altre istituzioni e associazioni territoriali, ad un tavolo prefettizio provinciale volto a mettere in atto strategie operative, enucleate in un protocollo, per il contrasto alla violenza di genere. L'esperienza si pone in una prospettiva di condivisione e di integrazione fondata su un comune lavoro in rete che, particolarmente in ambito distrettuale, ha coinvolto diversi nodi relativi alle istituzioni e ai servizi territoriali interessati.

Le principali articolazioni organizzative aziendali che intervengono direttamente per gestire le conseguenze della violenza subita dalle donne sono le unità di pronto soccorso e consultori familiari. Questi ultimi svolgono, tra le altre attività, consulenza psicologica per le donne vittime e *screening* sulla violenza in gravidanza per la prevenzione di eventuali complicanze per madre e bambino (nel 2023 lo screening è stato somministrato a oltre 2300 donne). Inoltre, dal 2011, all'interno dei consultori è presente il centro "Liberiamoci dalla violenza", primo centro italiano di accompagnamento al cambiamento per uomini gestito da un'istituzione pubblica, in cui lavorano 3 psicologi/psicoterapeuti formati presso il più esperto centro europeo sul tema "Alternative to Violence" di Oslo (dal dicembre 2011 al dicembre 2023 hanno avuto accesso al centro modenese 603 uomini e si sono conclusi 206 percorsi).

Negli anni l'azienda ha svolto attività formativa rivolta ai vari altri nodi della rete che possono offrire un contributo nel contrasto alla violenza di genere, tra cui: (i) formazione, in presenza o a distanza, anche in collaborazione con la regione, per aumentare la competenza dei professionisti (es. medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e pediatri libera scelta); (ii) formazione nelle scuole, effettuata dai consultori familiari, attraverso progetti di educazione all'affettività e sessualità, in particolare rivolti alla promozione della salute e del benessere psicofisico degli adolescenti (nell'anno scolastico 2023-2024 sono stati coinvolti circa 12.900 studenti).

Ritenendo fondamentale il lavoro territoriale di prossimità, anche nelle zone più periferiche, si è ritenuto che anche le farmacie rurali possano svolgere un ruolo fondamentale nel possibile contatto con donne che subiscono violenza nelle relazioni di intimità. Diverse di loro, vivendo in contesti lontani dai centri abitati, possono sperimentare situazioni di forte isolamento e disagio e non sapere a chi poter chiedere un aiuto. Le farmacie rurali, che da sempre hanno una forte connotazione sanitaria e sociale, rappresentano un primo approdo

per molte donne, in un ambiente dove è più facile creare un rapporto fiduciario con il professionista e svelare anche questioni personali. Al farmacista non si chiede un intervento diretto volto a risolvere i problemi legati alla violenza, ma di essere un nodo della rete volto a intercettare il bisogno e contribuire al lavoro di tessitura delle reti esistenti per contrastare in maniera collettiva un problema che non è solo individuale, ma di tutta la comunità. Tra le azioni di consolidamento del percorso avviato, rientrano la sensibilizzazione e formazione ai farmacisti presenti nelle farmacie rurali (70 nella provincia di Modena), con la collaborazione *in primis* dei centri antiviolenza, il potenziamento della loro capacità comunicativa e relazionale nei riguardi delle donne vittime, o potenzialmente tali, così da fornire indicazioni corrette e pertinenti sulle risorse di aiuto da contattare e monitorare i raccordi che si creano.

Mettendo a fattor comune tutte queste esperienze aziendali, si delineano alcuni punti di attenzione. Anzitutto, emerge la necessità di governare le complessità legate al fatto che, da un lato, occorre costruire e presidiare un comune orientamento organizzativo di fondo, ad esempio con riferimento al ruolo di distretti e alla loro relazione con le strutture erogative interne ed esterne all'azienda, garantendo, dall'altro lato, ampi margini di azione, flessibilità e autonomia nel progettare e sviluppare gli strumenti organizzativi dedicati alle singole comunità. In secondo luogo, in fase non solo progettuale ma anche attuativa, è indispensabile ricercare e presidiare coerenza tra le varie soluzioni organizzative introdotte (es. case di comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali, punti unici di accesso, infermieristica di famiglia e di comunità), lavorando sui fattori abilitanti il cambiamento all'interno di una cornice efficacemente raccordata, seppur flessibile. Infine, anche alla luce del carattere sperimentale che spesso caratterizza questi dispositivi organizzativi, è indispensabile adottare un sistematico monitoraggio dei risultati volto a mettere continuamente in critica discussione le soluzioni adottate, anche grazie a confronti sovra-aziendali e sovra-regionali, così da identificare e attuare tempestive azioni di miglioramento.

VI. La quarta sfida manageriale: investire nei fattori abilitanti il cambiamento in prospettiva di salute di prossimità nelle aree rurali

La pervasività e profondità delle linee di innovazione delineate nelle precedenti sezioni non può che fondarsi su una vera e propria strategia di cambiamento da prefigurare e promuovere ai vari livelli di intervento (interistituzionale, aziendale, distrettuale e sub-distrettuale), così come più volte richiamato. Nell'esperienza delle aziende aderenti al Tavolo di lavoro CERISMAS, si sono in particolare identificate **tre principali determinanti strategiche** che agiscono quali indispensabili fattori abilitanti i processi di innovazione e di cambiamento finalizzati a promuovere salute di prossimità nei contesti oggetto di indagine. Tali fattori sono sintetizzabili in termini di (i) comunità professionali, (ii) capitale organizzativo e (iii) trasformazione digitale.

Per quanto concerne la prima determinante strategica, vale a dire le **comunità professionali**, si sono delineati tre aspetti fondamentali. Anzitutto, è chiaramente emersa la necessità di sostenere lo sviluppo di due ruoli prioritari, quali veri e propri agenti di salute e benessere individuale e di comunità nelle aree rurali, vale a dire gli **infermieri di famiglia e di comunità** (di cui sono già stati riportati esempi di attivazione da parte della AUSL di Piacenza, della ASST di Lecco e della AUSL di Modena rispettivamente nei Box 5, 15 e 16) e i **medici di assistenza primaria** (a cui si è già fatto riferimento nelle esperienze della AUSL di Reggio Emilia-IRCCS e della ASST di Lecco rispettivamente nei Box 14 e 15). Un'ulteriore significativa esperienza relativa all'inclusione dei medici di famiglia è offerta dalla ASL 4 Chiavarese che ha valorizzato il ruolo della medicina di famiglia nella rete delle case di comunità, articolata in tre *hub* costieri e quattro *spoke* montani (cfr. Box 26).

Box 26 - L'inclusione dei medici di assistenza primaria ciclo di scelta e dei pediatri di libera scelta nelle case di comunità *hub* e *spoke* nell'esperienza dell'ASL 4 Chiavarese

I medici di famiglia ricoprono il ruolo fondamentale di *key manager* del benessere della comunità, in particolare nelle aree interne e rurali, in quanto vantano una conoscenza del territorio, dei suoi bisogni e delle criticità in essere. Per valorizzare tale ruolo, l'ASL4 Chiavarese ha avviato un processo di inclusione di questi professionisti all'interno della rete delle case di comunità, organizzate in tre *hub* costieri, che servono il 70% della popolazione, e quattro *spoke* montani. Il razionale di fondo di questo modello si basa sulla prossimità dei servizi e sulla facilità di accesso ai percorsi di salute, laddove l'assistenza primaria rappresenta l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per il miglioramento della salute dell'individuo e il benessere della comunità.

Le linee di azione di potenziamento dei centri nelle aree rurali sono state: (i) la concessione, a titolo gratuito con uso non esclusivo dei medici di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medici di medicina generale) e dei pediatri di libera scelta, di spazi nelle sedi *spoke*, opportunamente attrezzati anche per la telemedicina, quali sedi di attività ordinaria di studio; (ii) l'introduzione dell'ambulatorio "Il medico di tutti", esteso dall'originaria sperimentazione realizzata nelle sedi *hub*, operante il sabato e, durante i periodi di maggior afflusso turistico, anche la domenica e festivi. Questo servizio ambulatoriale consente di integrare le funzioni delle cure primarie svolte dai medici di famiglia e dai medici di continuità assistenziale, offrendo alla popolazione la possibilità di ricevere cure ambulatoriali non urgenti ed evitando accessi impropri al pronto soccorso. I destinatari del servizio non sono solo gli assistiti del medico di assistenza primaria a ciclo di scelta, ma tutti coloro che si recano all'ambulatorio previo contatto telefonico con la centrale operativa. Le attività svolte sono: (i) visite; (ii) medicazioni semplici; (iii) somministrazione e prescrizione di farmaci inerenti la situazione clinica riscontrata durante la visita; (iv) rilascio di certificati di malattia per lavoratori; (v) prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale; (vi) segnalazione di criticità socio-sanitarie ai servizi dedicati.

Tra i risultati ottenuti nelle sedi *spoke* si annoverano: (i) maggiore fidelizzazione del medico di assistenza primaria a ciclo di scelta alla mission aziendale; (ii) la costituzione di *équipe* integrate composte da medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, pediatri di libera scelta, personale infermieristico ambulatoriale, assistenza domiciliare e infermieri di famiglia e di comunità; (iii) l'avvio della telemedicina sia per teleconsulti con lo specialista, sia per la telerefertazione.

Il principale fattore critico abilitante è stato rappresentato dalla definizione e sottoscrizione di uno specifico accordo integrativo aziendale con le organizzazioni sindacali dei medici di asssistenza primaria. I medici aderenti alla sperimentazione, pari al 20% su base aziendale, hanno risposto positivamente al questionario per la valutazione del progetto, evidenziando poche criticità e varie proposte di ulteriori miglioramenti, tra cui l'ampliamento delle dotazioni strumentali (ecografo, spirometro, ECG) per estendere la possibilità di risposta e la capacità diagnostica.

Un secondo ruolo fondamentale per promuovere salute di prossimità nelle aree rurali è emerso con riferimento al **direttore di distretto**, così come già evidenziato nella precedente sezione. Stanti l'ampiezza e la profondità dei cambiamenti riservati al distretto, se interpretato e agito in prospettiva di garante della salute di prossimità, si delineano inevitabili rischi di ambiguità e di conflitto di ruolo nella misura in cui si generano divergenze tra (da un lato) le modalità con cui il ruolo è ricoperto dai direttori di distretto e (dall'altro lato) le aspettative nutrite dagli altri interlocutori aziendali o istituzionali con cui interagisce, come ad esempio la direzione aziendale, le direzioni di dipartimento, i rappresentanti dei comuni e delle istituzioni locali. Al fine di governare le situazioni di ambiguità e conflitto di ruolo relative alla figura del direttore di distretto, ed evitare o quantomeno contenere le disfunzionalità organizzative che ne derivano, assume particolare rilevanza investire in iniziative di supporto. Un'interessante esperienza formativa realizzata a supporto della definizione e interpretazione del ruolo di direttore di distretto è offerta dalla ASST di Melegnano e della Martesana (cfr. Box 27).

Box 27 - Interpretare e agire il ruolo di direttore di distretto nel contesto della ASST Melegnano e Martesana: un intervento formativo ad hoc

Sulla base delle significative dinamiche di cambiamento in atto a livello nazionale, regionale e metropolitano è emersa la necessità, all'interno di ASST Melegnano e della Martesana, di intraprendere un percorso di riflessione e formazione, realizzato in collaborazione con CERISMAS, avente per oggetto

la definizione del ruolo di direttore dei cinque distretti, recentemente introdotti in azienda sulla base delle disposizioni normative regionali. In seguito ad un approfondimento delle esigenze aziendali, sono emersi due rischi: da un lato, i singoli direttori di distretto potrebbero avviare prefigurazioni di ruolo differenti, in virtù del diverso *background* individuale; dall'altro, potrebbero emergere richieste e aspettative divergenti e conflittuali da parte di numerosi interlocutori esterni (a livello regionale, metropolitano e locale) e interni (direzione strategica e responsabili dei servizi territoriali).

Muovendo da tali considerazioni, è stato realizzato un percorso formativo volto a identificare, condividere e analizzare le dinamiche in atto, così da far emergere una costruzione di senso rispetto a funzioni, responsabilità, attività e competenze caratterizzanti il ruolo dei direttori di distretto in ASST. Tenuto conto dei fabbisogni formativi sopra richiamati, l'iniziativa formativa, primariamente rivolta ai cinque direttori di distretto, ha previsto, lungo le varie fasi del progetto, il coinvolgimento della direzione strategica, dei responsabili delle unità operative territoriali e dei responsabili territoriali delle attività rientranti nella struttura complessa DAPSS (Direzione assistenziale delle professioni socio-sanitarie).

Si è privilegiato un tipo di didattica attiva ed esperienziale, fondata su laboratori applicativi. L'azione formativa ha richiesto la disponibilità dei destinatari a contribuire in maniera proattiva e partecipata non solo alle attività in aula, ma anche alla produzione di materiali da configurare in via propedeutica agli incontri formativi. Al fine di agevolare il trasferimento dell'apprendimento nel contesto organizzativo, è stata prevista una continua attività di progettazione formativa, in raccordo con la direzione socio-sanitaria aziendale.

Il progetto formativo si è sviluppato lungo tre fasi. In una prima fase, si è definita la progettazione analitica del programma, da affinare progressivamente lungo lo sviluppo delle attività, con il coinvolgimento del responsabile scientifico dell'intervento formativo e dei referenti aziendali del progetto. La seconda fase, rivolta ai dirigenti dell'intera rete territoriale, ha previsto lo sviluppo di competenze manageriali e organizzative, indispensabili per governare contesti organizzativi ad alta complessità, così da preparare il contesto alla successiva formazione esperienziale. Nella terza fase, finalizzata ad una prefigurazione sul campo del ruolo di direttore di distretto, la direzione strategica aziendale ha definito alcune linee di indirizzo e identificato alcune problematiche aziendali che fungessero da "palestra" i laboratori esperienziali. I direttori di distretto, coadiuvati dai responsabili DAPPS territoriali, hanno quindi prodotto progettualità applicative sulle problematiche identificate, simulando direttamente sul campo responsabilità, attività e competenze relative al proprio ruolo. Al termine del percorso, i risultati della formazione sul campo sono stati presentati e

discussi prima con la direzione strategica aziendale e poi con tutti i responsabili dei servizi territoriali.

Il percorso, estremamente contestualizzato alla realtà locale, ha consentito di supportare l'emergere di una comune cultura organizzativa rispetto alla delineazione, interpretazione e attuazione del ruolo del distretto. L'approccio esperienziale ha consentito di riconoscere, da parte degli stessi direttori di distretto, gli elementi essenziali del ruolo da interpretare e agire in ASST Melegnano e della Martesana, in coerenza con le indicazioni regionali e nazionali. Il forte mandato della Direzione ha legittimato i risultati ottenuti e l'adozione del modello proposto.

In terzo luogo, tutte queste esperienze di sviluppo dell'infermieristica di famiglia e di comunità, dei medici di assistenza primaria e dei direttori di distretto, lungi dal qualificarsi come mero sviluppo di ruoli individuali, sono maturate anche e soprattutto come articolati percorsi di crescita organizzativa in cui entrano in gioco più dimensioni culturali (*in primis* la cultura lavorativa, la cultura professionale e la cultura organizzativa), foriere di processi di apprendimento al contempo individuale e collettivo.

Quest'ultima considerazione consente di collegarsi alla seconda determinante strategica, identificata nell'esperienza delle aziende aderenti al Tavolo di lavoro CERISMAS come ulteriore fattore abilitante la prefigurazione e l'attuazione di una visione di salute di prossimità nelle aree rurali, vale a dire il **capitale organizzativo**. Nel complesso, la ridefinizione di efficaci ed equi assetti e percorsi di costruzione di salute di prossimità, al contempo individuale e di comunità, nelle aree rurali non può che fondarsi su agili **processi di sperimentazione** di modifica degli assetti erogativi, di apprendimento nella **riconfigurazione e interconnessione delle responsabilità preesistenti**, di attraversamento e **superamento dei tradizionali confini** disciplinari, professionali, territoriali, organizzativi e istituzionali (cd. *boundary management*) che talora esitano anche nell'attivazione di ***équipe* mobili** in grado di garantire azioni flessibili, contemporaneamente diffuse capillarmente nei territori e complete sotto il profilo delle discipline e professioni rese disponibili. Con riferimento al ruolo strategico ricoperto dalle sperimentazioni nel promuovere innovazione organizzativa, è interessante richiamare l'esperienza della

ASL Roma 4 che ha avviato una sperimentazione gestionale relativa ad una unità di degenza infermieristica quale base per la modellizzazione organizzativa dei futuri ospedali di comunità (cfr. Box 28). Un significativo esempio relativo ai processi di interconnessione delle responsabilità, anche in prospettiva interistituzionale e intersettoriale, è offerto dal Tavolo Fragilità reso possibile dalla collaborazione tra il dipartimento per l'integrazione delle politiche socio-sanitarie di ATS Milano, ASST di Melegnano e della Martesana e gli ambiti sociali territoriali in cui è suddiviso il territorio di quest'ultima, ivi incluse le aree a maggior deprivazione e isolamento, in cui il rischio di fragilità assume maggiore intensità (cfr. Box 29). Non da ultima, nel Box 30 è sintetizzata la *best pratice* offerta dal dipartimento ad attività integrata interaziendale della continuità e della multicomplessità delle AOU e AUSL di Parma (che persegue la *mission* di studiare e curare il paziente polipatologico complesso attraverso *équipe* multidisciplinari) e dell'unità mobile multidisciplinare (che, in seguito ad un triage telefonico tra medici, eroga prestazioni specialistiche in elezione e in urgenza a favore di pazienti in *setting* domiciliari e residenziali, attivando se necessario un percorso di ricovero ospedaliero diretto nella unità operativa di medicina interna di comunità). L'unità mobile, attiva in tutto il territorio aziendale, assume un significato specifico nelle aree rurali in quanto garantisce equità di accesso al servizio offerto anche nei contesti domiciliari e residenziali più distanti e remoti. Il Box 31 riporta, inoltre, l'applicazione del metodo *lean* per il miglioramento dei processi di cura e assistenza domiciliare nelle aree rurali nell'esperienza della ASL di Bari.

Box 28 - La sperimentazione gestionale dell'unità di degenza infermieristica della Asl Roma 4 quale base per la costruzione di un modello organizzativo per i futuri ospedali di comunità aziendali

In attuazione di quanto previsto dal decreto ministeriale 77/2022, nella riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale rientra lo sviluppo degli ospedali di comunità (OdC), strutture sanitarie di ricovero che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e a degenza ospedaliera, rivolte a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, ma che richiedono assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche

notturna, non erogabile a domicilio. Tra gli interventi approvati per la ASL Roma 4 e oggetto di specifico finanziamento PNRR, vi è la realizzazione di quattro OdC, uno per ogni Distretto, per un totale di 75 posti letto. In particolare, nel Distretto 2 verrà attivato un OdC di 20 posti letto che andrà a sostituire l'attuale unità di degenza infermieristica (UDI) di 5 posti letto, attiva dal 2015.

Considerato che attualmente l'UDI svolge funzioni analoghe a quelle previste dagli OdC, l'azienda ha avviato una sperimentazione gestionale finalizzata a comprendere le principali criticità operative legate alle attività dell'UDI in modo da arrivare all'attivazione dell'OdC con una maggiore consapevolezza delle problematiche attese e degli strumenti atti a risolverle e/o contenerle. In particolare, si sono definiti: (i) i criteri di eleggibilità dei pazienti; (ii) le modalità di accesso; (iii) i differenti percorsi relativi alle attività da svolgere e dei soggetti da coinvolgere a seconda che il paziente transiti dalle strutture territoriali/domicilio o dall'ospedale per acuti; (iv) le responsabilità e risorse disponibili (professionali, tecnologiche e strutturali); (v) le modalità di erogazione di farmaci e presidi; (vi) la tracciabilità dei dati e il debito informativo; (vii) la durata della degenza, fissata in 30 giorni. Considerando che il rispetto di questa soglia di degenza avrebbe potuto rappresentare una delle maggiori criticità, specie per i pazienti con problematiche socio-economiche, l'azienda ha preventivamente coinvolto i responsabili dei servizi sociali dei comuni dei distretti limitrofi (distretti 1, 2 e 3) e stipulato con essi un protocollo d'intesa. L'accordo prevede che gli assistenti sociali aziendali, qualora individuino pazienti con problematiche socio-economiche, si impegnano a contattare, entro 5 giorni dal ricovero, il referente dei servizi sociali del comune di residenza del paziente (individuato nel protocollo), così da poter procedere con una tempestiva presa in carico integrata del paziente e agevolare la dimissione nei tempi previsti.

La sperimentazione, avviata nel mese di febbraio 2024, consente all'azienda di poter prefigurare le principali criticità derivanti dalla attivazione degli OdC. Le principali difficoltà sono state riscontrate con gli operatori ospedalieri in quanto, essendo coinvolti nella riorganizzazione territoriale in maniera più marginale, avvertono maggiori difficoltà a comprendere i nuovi meccanismi di *transitional care*, gli organismi che se ne occupano, il loro funzionamento e la loro organizzazione. Alla luce del fatto che il DM 77/2022 ha istituito nuovi luoghi di cura, nuove figure professionali e rivalutato e/o modificato il ruolo di quelli esistenti, l'azienda sta lavorando sul potenziamento del proprio capitale organizzativo sia diffondendo un glossario aziendale univoco aziendale, sia investendo sulla formazione del personale ospedaliero affinché sia allineato e informato. I risultati di tale sperimentazione gestionale, tutt'ora in corso, costituiranno una base utile per il modello organizzativo che l'azienda adotterà per la gestione degli OdC.

Box 29 - L'integrazione tra sociale e sanitario nell'area fragilità nel territorio dell'ASST di Melegnano e Martesana

Per integrazione, all'interno dell'area fragilità, si intende la capacità dei servizi sociali e sanitari di inserirsi nel progetto globale di aiuto a una persona fragile, con patologie croniche, non autosufficiente e al suo nucleo familiare. L'integrazione rappresenta un elemento di potenziamento della qualità delle risorse messe in campo, sia grazie all'adozione di protocolli d'intesa tra le diverse competenze istituzionali interessate (servizio socio-assistenziali, sanitari, ecc.), sia attraverso la condivisione di modelli operativi, garantendo un lavoro unitario e integrato sui singoli casi. Tale necessità nasce dall'assunto che esista una stretta relazione tra prevenzione, cura e riabilitazione, così come si sottolinea l'importanza della continuità tra ospedale e territorio, valorizzando i diversi enti pubblici e privati e promuovendo la solidarietà e la valorizzazione della salute come benessere bio-psico-sociale nelle comunità locali.

La locale agenzia di tutela della salute (ATS) e, nello specifico, il dipartimento per l'integrazione delle politiche socio-sanitarie hanno istituito, nella seconda metà del 2021, un tavolo permanente di confronto e condivisione tra l'ASST e i 7 Ambiti Sociali Territoriali in cui è suddiviso il territorio aziendale. Questo dispositivo, denominato Tavolo Fragilità, viene convocato mensilmente direttamente da ATS e vi partecipano rappresentanti sia di ASST sia degli uffici di piano.

Nel corso del 2023 sono stati perseguiti due obiettivi. Il primo obiettivo ha previsto l'attivazione di eventi formativi volti a creare un linguaggio comune fra i vari enti e conoscere i singoli servizi offerti nell'area fragilità e non autosufficienza. Sono stati, in particolare, attivati 5 eventi, uno per ogni distretto socio-sanitario dell'ASST, in cui sia i docenti/relatori sia i partecipanti provenivano dall'ambiente sanitario e dall'ambiente sociale. Oltre a lezioni frontali, si sono esaminati casi realmente accaduti, con esempi sia di positiva integrazione di servizi sia di malpractice. Il secondo obiettivo ha previsto la redazione di un protocollo per l'attivazione dell'*équipe* di valutazione multidimensionale, la stesura del progetto di vita per persone disabili, l'adozione di specifici progetti di natura socio-sanitaria, la progettazione "integrata" in situazioni complesse. Il protocollo operativo, siglato da ATS, ASST e ambiti territoriali sociali, ha definito il percorso di attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale, criteri di invio, attori e ruoli.

Riassumendo, i risultati finora raggiunti dal Tavolo Fragilità sono: (i) un confronto a cadenza mensile tra gli operatori dei vari settori di intervento, a favore della fragilità; (ii) obiettivi chiari da perseguire con una tempistica concordata;

(iii) il riconoscimento di un forte mandato istituzionale, da parte dell'ente di appartenenza, che conferisce ai partecipanti al Tavolo ampi margini di contrattazione con tutte le parti coinvolte.

Box 30 - Il dipartimento ad attività integrata della continuità e della multicomplessità e l'unità mobile multidisciplinare: un'esperienza di *boundary management* dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'AUSL di Parma

Il dipartimento ad attività integrata (DAI) della continuità e della multicomplessità, e in particolare l'UOC medicina interna di continuità, con valenza interaziendale tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e la AUSL di Parma, sono strutture organizzate per intensità di cura che perseguono la *mission* dello studio e della cura del paziente polipatologico complesso, portatore di malattie croniche ad alto rischio di riacutizzazione e con multiple problematiche mediche, assistenziali e sociali. L'attività assistenziale si è sempre affiancata ad una attività didattica e di ricerca, clinica e traslazionale, volta a meglio definire le caratteristiche e i bisogni di questa peculiare tipologia di pazienti. Tale attività scientifica, didattica e assistenziale è stata possibile anche grazie a una forte spinta alla multidisciplinarietà dell'UOC medicina interna di continuità: l'équipe è, infatti, composta da personale medico di varie specializzazioni (medicina interna, geriatria, medicina d'emergenza-urgenza, gastroenterologia, allergologia e immunologia clinica, scienza dell'alimentazione, malattie infettive, endocrinologia, pneumologia, dermatologia).

In linea con la mission del Dipartimento, è stato istituito nel dicembre 2018 il progetto pilota unità mobile multidisciplinare (UMM), successivamente istituzionalizzato come unità operativa semplice, con lo scopo di erogare prestazioni specialistiche in elezione e in urgenza a favore di pazienti a domicilio e ospiti di case di riposo per anziani (CRA) al fine di ridurre gli accessi in urgenza in pronto soccorso, effettuare diagnosi e trattamento del paziente in CRA e, in caso di necessità di ospedalizzazione, ricoverare direttamente il paziente presso l'UOC medicina interna di continuità. L'UMM, composta da medici specialisti ospedalieri e da medici specializzandi, si avvale di un'autovettura, ecografi multifunzione di diversa potenza, emogasanalizzatore portatile, spirometro, ECG, farmaci e presidi utili in urgenza (cateteri venosi, CV, sonde, drenaggi etc). L'attivazione del servizio è di norma a cura del medico di assistenza primaria, mediante numero telefonico dedicato a cui risponde un medico ospedaliero internista esperto (*bed/flow manager*). La prestazione può esaurirsi nel consulto telefoni-

co oppure concretizzarsi in una visita in loco dell'UMM con configurazione variabile di specialisti a seconda delle necessità. Dopo la visita il paziente può essere trattato in loco e posto in *follow-up*, avviato a un percorso ambulatoriale o di *day hospital/day service* oppure ricoverato in ospedale con accesso diretto.

L'UMM attualmente è attiva dal lunedì al venerdì, con interventi dalle 8 alle 18 preferibilmente il lunedì, mercoledì e venerdì, ma con reperibilità telefonica H24/7/7gg. L'UMM, di norma, non agisce in un contesto di emergenza, bensì di urgenza: il principio è quello della "medicina di iniziativa" da parte del medico di assistenza primaria che, registrando una iniziale variazione del quadro clinico rispetto a una precedente stabilità, attiva l'UMM. Nel 2023 sono state effettuate 2000 prestazioni (ecografie addominali, polmonari, vascolari, tessuti molli, ecocardio, spirometrie, emogasanalisi, toracentesi, paracentesi, posizionamento CV difficili, SNG, sostituzioni PEG, visite internistiche, geriatriche, pneumologiche) per un totale di oltre 800 pazienti valutati. In uno studio specifico in corso di pubblicazione sulla casistica, sul tasso di ospedalizzazione e di mortalità entro un mese dalla visita si è dimostrato un tasso di ospedalizzazione dell'8% (di cui solo 1.6% in urgenza tramite PS) e una mortalità a 30 giorni del 5% (includendo nell'analisi i pazienti ospedalizzati).

Box 31 - Il metodo *lean* come nuovo strumento per il miglioramento del percorso delle cure domiciliari nella ASL di Bari

La ASL di Bari, in collaborazione con l'Università LUM, nel gennaio 2024 ha avviato un percorso sperimentale per l'efficientamento delle cure domiciliari, attraverso l'applicazione del metodo *lean*, coinvolgendo 3 dei 12 distretti socio-sanitari (DSS unico di Bari, DSS 04 di Altamura e DSS 13 di Gioia del Colle), includendo le aree rurali.

L'obiettivo del progetto si prefigura nel mantenere l'assistito nel proprio contesto familiare, relazionale e sociale migliorando l'assistenza e la gestione dei pazienti in ADI, tramite l'applicazione del "pensiero snello", e rendendo protagonisti non solo i vertici aziendali e distrettuali, ma anche i singoli professionisti del territorio. Nel complesso, si è avviato un percorso di miglioramento organizzativo strettamente intrecciato con le innovazioni previste nel DM 77/2022 e con i finanziamenti PNRR destinati ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare.

Il percorso si è articolato in due fasi, la prima di tipo formativo e la seconda di tipo esperienziale, conclusasi con la definizione di un progetto di cure domiciliari a un forte impatto/ricaduta sull'offerta sanitaria.

Dal lavoro multiprofessionale è emerso come i processi e la *lean organization* siano elementi chiave per la gestione dell'integrazione/interazione territorio-ospedale-territorio in quanto permettono, da un lato, di ottimizzare le risorse disponibili e, dall'altro, di migliorare l'efficienza dei servizi offerti, soprattutto nelle aree periferiche e deprivate. Per il miglioramento continuo dei processi, risulta fondamentale il monitoraggio dei dati, delle procedure (compresa la modulistica) e di tutte le informazioni utili al flusso organico del lavoro, con conseguente eliminazione di eventuali ostacoli e criticità.

La nuova procedura – derivata dalla sperimentazione, dalla proposta di nuove soluzioni strategiche e dallo snellimento dei passaggi burocratici – sarà implementata a livello aziendale, in modo da garantire una migliore equità e qualità dei servizi di assistenza domiciliare sul territorio della ASL di Bari. Con particolare riferimento alle aree rurali, ci si attende una più appropriata e capillare presa in carico dei pazienti.

Infine, le aziende aderenti al Tavolo di lavoro CERISMAS hanno evidenziato la rilevanza dei processi di **trasformazione digitale** come terza determinante strategica in prospettiva di salute di prossimità nelle aree rurali. Tenuto conto della necessità di offrire cura e assistenza anche nei luoghi più isolati e distanti dai maggiori centri urbani, si rende anzitutto necessario diffondere tecnologie mediche a bassa complessità sia negli ambulatori localizzati nelle aree rurali sia nell'attività domiciliare svolta dai professionisti dell'assistenza primaria e dagli specialisti impegnati nelle *équipe* mobili. In secondo luogo, assume massima rilevanza creare sistemi di interscambio di informazioni tra i diversi nodi delle reti clinico-assistenziali, ivi incluse le centrali operative e le centrali di telemedicina, per la presa in carico proattiva e integrata dei pazienti. A tale proposito, i Box 32 e 33 riportano le esperienze di diffusione tecnologica e di interconnessione informativa attivate rispettivamente nell'esperienza della ASL 4 Chiavarese e della AUSL di Reggio Emilia-IRCCS.

Box 32 - Lo sviluppo della tecnologia diffusa a supporto della sanità di prossimità nell'esperienza dell'ASL 4 Chiavarese

L'esperienza maturata durante il periodo pandemico è stata pionieristica nell'avvicinamento dei servizi assistenziali alla popolazione, approccio che si

è consolidato nella fase post-emergenziale visti i positivi risultati osservati. L'obiettivo perseguito con l'implementazione tecnologica è l'integrazione ospedale/territorio, secondo il *metodo lean* e il sistema *hub & spoke*, che include anche l'ambulatorio mobile "Gulliver", permettendo così prestazioni il più possibile vicine ai cittadini.

L'implementazione tecnologica si è sviluppata su tre livelli. Per prima cosa, si è adottata la "Cartella a Casa" quale strumento digitale per la presa in carico dei pazienti sul territorio a cui accedono, al momento, medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e a ciclo orario, assistenza domiciliare, infermieri di famiglia e di comunità e assistenti sociali, con possibilità di ulteriore estensione ad altri professionisti. Si tratta di uno strumento, che gestisce il singolo caso, collegato alla centrale operativa territoriale (COT) per il governo dei percorsi e la definizione delle "liste di lavoro" per i singoli professionisti coinvolti. Cartella a Casa e COT afferiscono alla piattaforma regionale IT-CURA per l'interscambio dei dati e il coordinamento nella presa in carico del paziente a domicilio.

In secondo luogo, l'infrastruttura per la telemedicina è stata potenziata attraverso: (i) l'installazione di almeno una postazione per televisite e teleconsulti presso ogni sede *spoke;* (ii) ECG effettuati in ogni ambulatorio infermieristico delle sedi *hub & spoke*, con refertazione da remoto a cura della cardiologia ospedaliera; (iii) dotazione per gli IFEC di un PC portatile con elettrocardiografo *wireless* a 12 derivazioni con inoltro da remoto del tracciato per refertazione; (iv) dotazione di tablet ai medici di continuità assistenziale per accedere a "Cartella a Casa" dal domicilio del paziente per la presa in carico, che comprende la somministrazione di schede di valutazione del rischio con invio automatico di *alert* al medico di assistenza primaria a ciclo di scelta.

In terzo luogo, è stata introdotta la definizione dei piani digitali diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDDTA) che individuano il percorso per la gestione di alcune patologie croniche (al momento paziente polipatologico, diabete, scompenso cardiaco e a breve demenze). L'attivazione e il monitoraggio in tali percorsi sono a cura della COT dedicata alla telemedicina.

Tra i principali risultati ottenuti, si annoverano: (i) la condivisione delle informazioni tra tutti i soggetti interessati tramite la "Cartella a Casa"; (ii) il coinvolgimento attivo dei medici di assistenza primaria nei percorsi di cura; (iii) lo sviluppo di prestazioni erogate a distanza favorendo, in particolare, la mobilità delle persone residenti in aree rurali; (iv) l'intercettazione precoce del bisogno dei cittadini in situazioni di fragilità attraverso l'intervento proattivo degli infermieri di famiglia e di comunità, dell'assistente sociale e del servizio di continuità assistenziale, operanti sulla stessa piattaforma tecnologica IT-CURA al fine di avviare una tempestiva presa in carico a scopo preventivo-educativo e/o curativo/riabilitativo.

Il principale fattore abilitante è stato rappresentato dai finanziamenti del PNRR dedicati allo sviluppo delle COT e delle case di comunità, in aggiunta alla già esistente progettualità aziendale "Tigullio Luogo di Salute", idea strategica di sperimentazione del modello di sanità di prossimità territoriale dove la tecnologia permette di collocare il paziente al centro e di stare il più possibile vicino alle persone, fornendo in modo tempestivo e sicuro le risposte di salute di cui si ha bisogno.

Box 33 - Cartella informatizzata dell'assistenza territoriale Matilde@home dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS: uno sviluppo socio-sanitario

La costruzione di percorsi sempre maggiormente integrati tra ospedale territorio, sociale e cittadino necessita l'utilizzo di strumenti utili a superare le barriere logistiche e a connettere il domicilio ai professionisti della salute e del sociale. Per rispondere alle esigenze di comunicazione, la Cartella Clinica Informatizzata "Matilde", gestionale clinico e di ricerca, creata e sviluppata dall'Azienda Usl di Reggio Emilia – IRCCS, ad oggi completamente impiegata in quasi la totalità dell'ambito ospedaliero, sta estendendo il proprio utilizzo e potenzialità anche in ambito territoriale e socio-sanitario. Ulteriore sfida è portare l'utilizzo dello strumento anche presso il domicilio del paziente per consentire a tutti i professionisti coinvolti nella cura, e al paziente stesso, di comunicare attraverso l'utilizzo di un unico strumento.

"Matilde" consente ai professionisti della rete di scambiare informazioni attraverso la cartella clinica integrata in modo da migliorare l'assistenza del paziente e accedere ai dati clinici da remoto. Una parte dei documenti alimenta anche il Fascicolo Sanitario Elettronico. Lo strumento permette al paziente, in qualsiasi momento, di comunicare il proprio stato di salute ai professionisti che lo seguono in un percorso di presa in carico. Tali funzionalità consentono, in particolare nei territori extraurbani e svantaggiati, di ridurre gli accessi del paziente alla struttura sanitaria, qualora non strettamente necessari, tramite strumenti che al tempo stesso garantiscano la riservatezza, l'integrità e la continuità del dato in ottemperanza dell'attuale Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), in una continua interazione con i professionisti. Il portale Matilde@home è accessibile per ipovedenti, multilingua, consultabile sui diversi dispositivi PC, tablet o telefono cellulare. Il paziente può accedere direttamente al proprio profilo, autenticandosi tramite SPID, oppure può delegare altre persone. È inoltre possibile visualizzare e inserire parametri vitali, schede cliniche,

referti, documenti in visualizzazione e *download* con possibilità di stampa (informative/consensi), nonché agende di appuntamenti.

Lo strumento, nato per una gestione ospedaliera, si è rivelato quanto mai utile e flessibile per agevolare la comunicazione tra medici e professionisti sanitari ospedalieri/territoriali e paziente nei vari setting assistenziali, quali: nuclei di assistenza territoriale (cfr. Box 14), continuità assistenziale, centri di assistenza e urgenza, percorsi di gestione integrata della cronicità, assistenza domiciliare integrata, centrali operative territoriali. La valutazione di questo dispositivo è demandata ai professionisti e ai cittadini attraverso differenti strumenti quali analisi delle prestazioni con indicatori di performance, l'estensione di utilizzo, audit interni e questionari di soddisfazione.

Tra i fattori che possono ostacolare la diffusione dell'adozione del portale si annoverano la possibile carenza di competenze informatiche del paziente o del *caregiver* (*digital divide*), nonché la resistenza al cambiamento. Di contro, fattori favorenti possono essere una maggiore tempestività nell'informazione, una più chiara consapevolezza e diffusa partecipazione al processo di cura, una più intensa compartecipazione da parte di tutti gli attori coinvolti nell'assistenza, tra cui i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medici di medicina generale) e pediatri di libera scelta.

VII. Fattori istituzionali abilitanti la generazione di salute di prossimità nelle aree rurali

Parimenti a quanto emerso nel gruppo di lavoro sviluppato per le aree metropolitane (Cifalinò *et al.*, 2023), anche l'esperienza di ricerca-azione sviluppata nell'ambito del Tavolo CERISMAS focalizzato sulle aree rurali ha consentito di enucleare alcuni fattori istituzionali che possono significativamente condizionare i processi di cambiamento in prospettiva di generazione di salute di prossimità.

Muovendo dai fattori istituzionali più direttamente connessi al sostegno dei processi di innovazione relativi alle comunità professionali, si è evidenziata anzitutto la necessità di investire in vere e proprie politiche di innovazione nell'**istruzione universitaria di base,** nonché nel **reclutamento, nella formazione continua e nello sviluppo dei professionisti**, specie nei contesti delle aziende pubbliche. Si tratta non solo di fronteggiare le carenze legate alle dinamiche di *labour shortage*, ma anche (e soprattutto) di sostenere una chiara **proposizione di valore nei confronti dei professionisti operanti nei servizi territoriali**, ponendo attenzione alle questioni di sostenibilità della vita lavorativa, enfatizzando lo sviluppo delle competenze caratterizzanti i ruoli territoriali e di *transitional care*, riconoscendo le iniziative di *re-skilling*, *up-skilling* e *task shifting* in logica multiprofessionale e multidisciplinare, anche con riferimento ai processi relazionali e alle questioni digitali indispensabili per una piena visione di prossimità. A titolo esemplificativo, senza pretesa di esaustività, si pensi alla necessità di sostenere percorsi di formazione universitaria (di base e specialistica) e di carriera più orientati alla gestione della cronicità da parte di tutti i profili clinici e delle professioni sanitarie (e non solo dei profili interessati alle questioni geriatriche e di assistenza di comunità). In secondo luogo, si richiama l'opportunità di stimolare processi di riallocazione delle attività professionali, anche in logica di trasferimento di competenze tra professionisti clinici, assistenziali, amministrativi e sociali (*task shifting*).

Sempre con riferimento allo sviluppo delle comunità professionali, giova inoltre sottolineare la necessità di accompagnare un adeguamento del ruolo dei **professionisti in convenzione** (medici di assistenza primaria a ciclo di scelta o a ciclo orario, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali) in coerenza con i nuovi elementi caratterizzanti l'assistenza territoriale in prospettiva di prossimità, ivi incluse le esigenze di integrazione e di flessibilità particolarmente rilevanti nei contesti rurali. A tale proposito, si richiama nuovamente l'esperienza dei nuclei di assistenza territoriale (NAT) attivata dall'AUSL di Reggio Emilia – IRCCS presentata nella sezione V (cfr. Box 14). L'evoluzione contrattuale del ruolo unico, recentemente delineatasi nel SSN, rappresenta un'opportunità per estendere il coinvolgimento dei medici di assistenza primaria avvalendosi della possibilità di dedicare le ore dei professionisti a ciclo di scelta, dovute dalla convenzione, allo sviluppo di nuove forme di assistenza di prossimità nelle aree rurali (e non solo al potenziamento dei servizi delle case della comunità).

Passando ai fattori istituzionali connessi alla costruzione del capitale organizzativo, due elementi sono emersi in relazione alle specificità delle aree rurali. Anzitutto, le esperienze delle aziende aderenti al Tavolo di lavoro evidenziano come assolutamente indispensabili la **proattività** e la **co-progettazione degli enti locali** che, oltre a garantire le proprie funzioni sociali istituzionali e professionali, concorrono a promuovere il contributo fattivo dei membri (formali e informali, professionali e non) attivabili nelle aree rurali e a costruire vere e proprie reti integrate di intervento, capillarmente diffuse sul territorio e prossime alle caratterizzazioni culturali dei vari contesti rurali. Il contributo degli enti locali rappresenta a ben vedere un prerequisito indispensabile per garantire un'efficace integrazione socio-sanitaria in cui l'inter-istituzionalità e la sussidiarietà degli interventi consentono di realizzare una presa in carico globale con riferimento alle diverse dimensioni dei bisogni individuali e familiari.

Inoltre, stante la portata innovativa dei cambiamenti in atto, si è evidenziata l'importanza di strutturare processi sistematici di *knowledge management* fondati sul **monitoraggio degli esiti associabili alle soluzioni e ai dispositivi organizzativi** (es. centrali operative e centrali di telemedicina) in corso di introduzione e sviluppo. Peraltro, il potenziamento del monitoraggio degli esiti potrebbe, a sua volta,

facilitare anche l'introduzione di modalità di tariffazione in grado di superare i limiti di logiche tariffarie a prestazione per privilegiare modalità di **tariffazione per percorsi di cura e assistenza**, con un riconoscimento basato anche sul conseguimento di esiti clinici e di aderenza al percorso. Tali politiche tariffarie potrebbero ad esempio applicarsi alla presa in carico dei pazienti cronici, mediante il finanziamento di percorsi integrati (inclusivi di attività di cura e assistenza multiprofessionale) secondo le logiche evidenziate in letteratura come *bundle payment* (Porter e Lee, 2013).

Da ultimo, con riferimento ai fattori istituzionali connessi al sostegno dei processi di trasformazione digitale, il Tavolo di lavoro ha confermato la rilevanza delle questioni legate al **tema della *privacy*** già emerse nel corso della precedente riflessione focalizzata sulle aree metropolitane. Si è confermata la necessità di presidiare un adeguato equilibrio nel *trade-off*, quanto meno potenziale, tra le esigenze di **condivisione delle informazioni necessarie per far emergere e prendere in carico i bisogni secondo i principi della medicina di iniziativa** e le esigenze di tutela del trattamento dei dati. Assume, in particolare, massima rilevanza la questione della *privacy* nei processi di *case finding* individuale stante il fatto che, in presenza di bisogni inespressi, risulta meno praticabile l'autorizzazione preventiva, da parte del paziente, all'utilizzo dei propri dati. Numerose proposte regionali e aziendali in tema di sanità d'iniziativa, fondate anche sulla stratificazione dei bisogni di salute dei cittadini, si caratterizzano infatti per l'identificazione di *cluster* di bisogni o profili di rischio a cui applicare iniziative di chiamata attiva valorizzando i nodi presenti nelle reti locali.

Altro elemento cruciale, in parte collegato al precedente, consiste nella necessità di promuovere, a livello istituzionale, la realizzazione di un vero e proprio **ecosistema informativo e tecnologico digitale**, fondato su sistemi e piattaforme interoperabili a livello interaziendale e anche sovra-aziendale, a cui interconnettere le soluzioni aziendali con riferimento sia ai flussi informativi relativi ai pazienti sia alle tecnologie abilitanti le diverse forme di telemedicina e di telemonitoraggio, anche in considerazione delle opportunità e sfide emergenti relative alla diffusione delle tecnologie di intelligenza artificiale.

VIII. Conclusioni

Le innovazioni dei servizi sanitari e socio-sanitari, promosse dalla Missione 6 del PNRR e dai successivi documenti di indirizzo di livello nazionale e regionale, rappresentano una straordinaria opportunità di rinnovamento in cui il paradigma della prossimità, da intendere contemporaneamente come principio ispiratore e come esito pragmatico, sotto il profilo strutturale, processuale, relazionale e digitale, pone significative sfide nell'interpretare e agire i sistemi manageriali ai vari livelli organizzativi.

Il processo di riflessione interaziendale e sovra-regionale, maturato lungo l'esperienza del Tavolo di lavoro CERISMAS relativo alle aree rurali, ha confermato, al pari di quanto già osservato nel precedente lavoro focalizzato sulle aree metropolitane, che le sfide imposte dal paradigma della prossimità richiedono di porre in critica discussione i tradizionali sistemi strategici, organizzativi e manageriali, alla ricerca di nuove configurazioni che, se non opportunamente declinate rispetto ai contesti di riferimento, sono foriere di rischi di riduzionismo della complessità dei fenomeni in atto.

In tal senso, tenuto conto delle specificità caratterizzanti i contesti locali, anche per le aree rurali è emersa la necessità di evitare la mera applicazione meccanicistica di modelli e strumenti operativi *standard*. In particolare, prefigurare e agire il management della prossimità nelle aree rurali significa saper affrontare contemporaneamente quattro sfide manageriali:

(i) conoscere e riconoscere le caratteristiche delle aree rurali adottando un approccio di analisi altamente granulare, volto a far emergere le fragilità latenti e sommerse tramite la triangolazione sia di metodi di stratificazione dei bisogni che includano le determinanti sociali della salute sia di azioni sul campo di *screening* e di ascolto attivo diffuse in maniera capillare nei vari contesti rurali;

(ii) attivare una visione partecipata e responsabile di generazione di salute nelle comunità rurali, abilitando la costruzione della medesima comunità anche attraverso progetti interistituzionali di carattere partecipativo e intersettoriale ispirati a logiche di *welfare* generativo e contributivo e a principi di sussidiarietà verticale e orizzontale;
(iii) agire soluzioni organizzative a responsabilità diffusa, integrate e flessibili, che consentano di offrire una assistenza di prossimità garantendo, allo stesso tempo, un'estesa interconnessione con i nodi centrali delle reti clinico-assistenziali e una capillare attivazione delle risorse formali e informali presenti nelle comunità locali;
(iv) investire nelle comunità professionali, nel capitale organizzativo e nella transizione digitale, quali indispensabili determinanti strategiche per abilitare i processi di innovazione e di cambiamento di cui ai punti precedenti.

Infine, le riflessioni emerse nel corso dei lavori hanno consentito di identificare e commentare sinteticamente alcune determinanti istituzionali che possono abilitare o facilitare la prefigurazione e l'attuazione delle innovazioni aziendali volte ad un'efficace ed equa salute di prossimità nelle aree rurali. CERISMAS e le aziende aderenti al tavolo di lavoro si rendono disponibili ad approfondire l'analisi di queste considerazioni, alla luce della propria esperienza sul campo.

Le riflessioni metodologiche sintetizzate in questo lavoro, corredate dalle casistiche applicative sviluppate nei Box, offrono una concreta evidenza degli approcci seguiti sino ad ora dalle aziende qui rappresentate nell'ideare, progettare e avviare il percorso di cambiamento verso la salute di prossimità nelle aree rurali. Tali considerazioni, mettendo in luce i fattori critici di successo su cui fondare la declinazione del paradigma della salute di prossimità nei contesti oggetto di riflessione, sono foriere di significative implicazioni applicative auspicabilmente utili sia per i *policy maker* sia per i manager e i professionisti impegnati nei complessi processi di innovazione e cambiamento in atto.

Indice dei box

Box 1 - Il Distretto 4 della ASL Roma 4
Box 2 - Il comune di Poggiorsini nel Distretto 4 della ASL di Bari
Box 3 - Mappe multidimensionali integrate dei bisogni di salute: un laboratorio di *Population Health Management* nelle Aziende Sanitarie di Parma
Box 4 - La stima dei bisogni assistenziali per la programmazione e la presa in carico degli utenti nelle aree distrettuali della ASL Roma 4
Box 5 - Progetti di screening domiciliare nell'appennino piacentino: dal progetto Montagna Solidale all'Infermiere di Comunità in zone di montagna
Box 6 - Il ruolo del profilo di comunità per la progettazione delle case della comunità nell'esperienza dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS
Box 7 - Il modello "Comunità in Salute" per la realizzazione di un sistema proattivo di prossimità nell'esperienza della ASL4 Chiavarese
Box 8 - I percorsi partecipativi della casa della comunità della Val Tidone nel Distretto di Ponente della AUSL di Piacenza
Box 9 - Dal bisogno singolo alla risposta di sistema: il percorso di co-programmazione e co-progettazione con gli enti del terzo settore dell'AUSL di Modena
Box 10 - Progettazione condivisa e sviluppo delle Case della Comunità (CdC): l'esperienza dello sportello del volontariato nella CdC di Montecchio Emilia dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS
Box 11 - I Punti di comunità: dispositivo organizzativo di prossimità per la lettura dei bisogni nelle Case della Comunità dell'AUSL di Parma
Box 12 - Il ruolo dei distretti nella macro-progettazione organizzativa dell'ASST di Melegnano e della Martesana: il modello a matrice

Box 13 - L'esperienza di Fiano Romano nella configurazione delle case di comunità della ASL Roma 4
Box 14 - L'esperienza dei Nuclei di Assistenza Territoriale (NAT) dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS: un modello innovativo per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini in carenza di medici di assistenza primaria
Box 15 - Il progetto di sorveglianza domiciliare con gli Infermieri di Famiglia e Comunità presenti nelle case della comunità nell'ASST di Lecco
Box 16 - Il ruolo dell'infermieristica di comunità e dei team di prossimità nell'AUSL di Modena
Box 17 - Strutturazione e organizzazione del punto unico di accesso nelle case di comunità dell'ASST Melegnano e della Martesana
Box 18 - La costituzione dell'unità di valutazione multidimensionale integrata nell'ASST di Lecco in collaborazione con la Conferenza dei sindaci (Consiglio di rappresentanza dei sindaci degli ambiti di Bellano, Lecco e Merate)
Box 19 - Il piano di integrazione territoriale per le cure di transizione (COT interaziendale) della Asl Roma 4
Box 20 - Il sistema delle centrali operative territoriali della AUSL di Modena
Box 21 - L'attivazione della centrale di telemedicina dell'AUSL di Modena
Box 22 - Il percorso per gli adulti fragili nell'esperienza della AUSL di Piacenza
Box 23 - La presa in carico dei cardiopatici cronici nella ASL di Bari: il progetto PONTE
Box 24 - L'équipe multidisciplinare integrata contro la violenza di genere nell'esperienza dell'ASL di Bari
Box 25 - Lavoro di rete e di prossimità per il contrasto alla violenza di genere: il coinvolgimento delle farmacie rurali nell'esperienza della AUSL di Modena
Box 26 - L'inclusione dei medici di assistenza primaria ciclo di scelta e dei pediatri di libera scelta nelle case di comunità *hub* e *spoke* nell'esperienza dell'ASL 4 Chiavarese
Box 27 - Interpretare e agire il ruolo di direttore di distretto nel contesto della ASST Melegnano e Martesana: un intervento formativo ad hoc

Box 28 - La sperimentazione gestionale dell'unità di degenza infermieristica della Asl Roma 4 quale base per la costruzione di un modello organizzativo per i futuri ospedali di comunità aziendali
Box 29 - L'integrazione tra sociale e sanitario nell'area fragilità nel territorio dell'ASST di Melegnano e Martesana
Box 30 - Il dipartimento ad attività integrata della continuità e della multicomplessità e l'unità mobile multidisciplinare: un'esperienza di *boundary management* dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'AUSL di Parma
Box 31 - Il metodo *lean* come nuovo strumento per il miglioramento del percorso delle cure domiciliari nella ASL di Bari
Box 32 - Lo sviluppo della tecnologia diffusa a supporto della sanità di prossimità nell'esperienza dell'ASL 4 Chiavarese
Box 33 - Cartella informatizzata dell'assistenza territoriale Matilde@home dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS: uno sviluppo socio-sanitario

Bibliografia

Barsanti S., Nuti S. (2014), The equity lens in the health care performance evaluation system, *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 29, pp. 233-246

Boeckxstaens P., De Smedt D., De Maeseneer J., Annemans L., Willems S. (2011), The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: A systematic review, *BMC Health Services Research*, Vol. 11, N. 1, pp. 209-223

Braveman P. (2006), Health Disparity and Health equity: concepts and measurement, *Annual Review of Public Health*, Vol. 27, pp. 167-194

Braveman P., Gruskin S. (2003), Defining equity in health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 57, N. 4, pp. 254-258

Cifalinò A. (2007), I sistemi di pianificazione, programmazione e controllo dei servizi sanitari territoriali, in Cifalinò A. (a cura di), *Il governo dei servizi sanitari territoriali. Logiche, strumenti e processi*, Franco Angeli, Milano

Cifalinò A., Lisi I.E., Gorli M., Scaratti G. (2022), Managing boundaries through strategy maps in pluralistic contexts, *Management Decision*, Vol. 60, N. 13, pp.153-172

Cifalinò A., Lisi I.E., Passetti E. (2017), Promozione dell'equità in sanità e programmazione aziendale: evidenze da uno studio di caso esplorativo, *Azienda Pubblica*, Vol. 2, pp. 187-211

Costa G., Bassi M., Gensini G., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (2014), L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, FrancoAngeli, Milano

Kenny A., Hyett N., Sawtell J., Dickson-Swift V., Farmer J., O'Meara P. (2013), Community participation in rural health: a scoping review, *BMC Health Service Research*, Vol. 13, N. 64, Open Access

Lane H., Sarkies M., Matin J., Hainest T. (2017), Equity in healthcare resource allocation decision making: A systematic review, *Social Science & Medicine*, Vol. 175, pp. 11-27

Locuratolo N., Scicchitano P., Antoncecchi E., Basso P., Bonfantino V.M., Brescia F., Carrata F., De Martino G., Landriscina R., Lanzone S., Lillo A., Massari F., Musci S., Palumbo V., Paolillo C., Rutigliano D., Rutigliano S., Sublimi Saponetti L., Scalera G., Spadafina T., Squiccimarro E., Tota F., Caldarola P. (2022), Follow-up del paziente dopo sindrome coronarica acuta: il progetto PONTE-SCA Puglia, *Giornale Italiano di Cardiologia*, Vol. 23, No. 1, pp. 63-74

Meyer A.D., Tsui A.S., Hinings C.R. (1993), Configurational Approaches to Organizational Analysis, *The Academy of Management Journal*, Vol. 36, No. 6, pp. 1175-1195

Porter M.E., Lee T.H. (2013), The Strategy That Will Fix Health Care, *Harvard Business Review*, Vol. 91, No. 10, pp. 50-70

Putri L.P., Russell D.J., O'Sullivan B.G., Meliala A., Kippen R. (2022), A critical review of definitions of rural areas in Indonesia and implications for health workforce policy and research, *Health Research Policy and Systems*, Vol. 20, N. 46, Open Access

Wakerman J., Humphreys J.S., Wells R., Kuipers P., Entwistle P., Jones J. (2008), Primary health care delivery models in rural and remote Australia - a systematic review, *BMC Health Service Research*, Vol. 8, N. 276, Open Access

Whitehead M. (1992), The concepts and principles of equity in health, *International Journal of Health Services*, Vol. 22, N. 3, pp. 429-45

Il Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) è un'associazione senza scopo di lucro costituta nel 2000 su iniziativa dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta.
La mission di CERISMAS è promuovere lo sviluppo dei sistemi manageriali a supporto dei processi clinico-assistenziali e amministrativi delle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie attivando e valorizzando il networking tra e con le aziende associate e privilegiando attività di ricerca, formazione e progetti sul campo, che siano focalizzate su contenuti e metodologie innovativi, sviluppate attraverso un rapporto fiduciario con un management orientato al cambiamento e finalizzate a generare concrete ricadute organizzative.
La formula istituzionale dell'Associazione adottata da CERISMAS, sin dalla sua costituzione, ha consentito al Centro di mettere a fattor comune con le aziende associate il rigore del metodo nell'attività di ricerca e la rilevanza dei temi indagati, che sono vicini ai "problemi reali" in una concretezza guidata e stimolata da coloro che operano sul campo.
Le competenze di CERISMAS coprono l'intero spettro del management sanitario, con particolare riferimento ai sistemi di pianificazione, programmazione e controllo, all'organizzazione aziendale e alla gestione del personale, alla logistica, ai sistemi contabili, ai processi di leadership e gestione del cambiamento.

9788834357729

VITA E PENSIERO

Progetto: studio grafico Andrea Musso