

Prefigurare e agire il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane nel SSN

Position Paper a cura di CERISMAS, AUSL di Bologna, ATS Milano Città Metropolitana, ASL Roma 1 e ASL Napoli 1 Centro



VITA E PENSIERO

POSITION PAPER



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ATS Milano
Città Metropolitana



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA 1

Centro Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) – Antonella Cifalinò, Vicedirettore CERISMAS e Professore Associato di Programmazione e Controllo, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano; Giuliana Monolo, Ricercatrice CERISMAS e Docente di Programmazione e Controllo, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

AUSL di Bologna – Paolo Bordon, Direttore Generale; Lorenzo Roti, Direttore Sanitario; Aldo Bonadies, Direttore UOC Sviluppo Organizzativo e Coordinamento Staff; Carlo Descovich, Direttore UOC Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità; Vera Maria Avaldi, Dirigente Medico UOC Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità; Stefania Dal Rio, Direttore Distretto Pianura Ovest; Ilaria Camplone, Direttore Distretto Reno, Lavino e Samoggia; Donatella Pagliacci, Direttore Dipartimento Cure Primarie

ATS Città Metropolitana di Milano – Walter Bergamaschi, Direttore Generale; Frida Fagandini, Direttore Sanitario; Rossana Angela Giove, Direttore Socio-Sanitario; Federica Segato, Dirigente Staff Direzione Generale; Riccardo Walter Campeggi, Collaboratore Staff Direzione Generale

ASL Roma 1 – Giuseppe Quintavalle, Commissario Straordinario; Angelo Tanese, già Direttore Generale; Roberta Volpini, Direttore Amministrativo; Gennaro D'Agostino, Direttore Sanitario; Anna Zoppegno, Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali; Paolo Parente, Dirigente Medico Direzione Strategica Aziendale; Andrea Barbara, Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale, UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari e Analisi Processi Assistenziali; Giorgio Baccari, Dirigente Medico UOC Pianificazione Strategica Programmazione e Controllo di Gestione; Camillo Giulio De Gregorio, Direttore Distretto 2; Serena Navari, Dirigente Medico Dipartimento Salute Mentale, UOC Salute Mentale Distretto 15

ASL Napoli 1 Centro – Ciro Verdoliva, Direttore Generale; Maria Corvino, Direttore Sanitario; Lucia Marino, Direttore Dipartimento di Prevenzione; Marco Papa, Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione aziendale; Raffaele Iandolo, Direttore Distretto Sanitario di base n. 27; Pasquale Izzo, Direttore Distretto Sanitario di base n. 24 e U.O.C. Programmazione Attività Assistenza Primaria; Rosanna Ortolani, Direttore U.O.C. Epidemiologia e Registro Tumori; Tiziana Spinosa, Direttore Distretto Sanitario di base n. 25; Antonio Maddalena, Responsabile U.O.S.D. Cure Palliative Domiciliari; Ilaria Loperto, Dirigente Medico U.O.C. Epidemiologia e Registro Tumori

Si prega di citare il lavoro come segue: Cifalinò A. et al. (2023), *Prefigurare e agire il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane nel SSN*, Vita e Pensiero, Milano, ISBN 9788834355916

Prefigurare e agire il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane nel SSN

Position Paper a cura di CERISMAS, AUSL di Bologna, ATS Milano Città Metropolitana, ASL Roma 1 e ASL Napoli 1 Centro



VITA E PENSIERO

© 2023 Vita e Pensiero – Largo Gemelli 1 – 20123 Milano

www.vitaepensiero.it

ISBN edizione cartacea: 978-88-343-5591-6

ISBN edizione digitale (formato PDF): 978-88-343-5592-3

Progetto: studio grafico Andrea Musso

Questo e-book contiene materiale protetto da copyright e non può essere copiato, riprodotto, trasferito, distribuito, noleggiato, licenziato o trasmesso in pubblico, o utilizzato in alcun altro modo ad eccezione di quanto è stato autorizzato dall'editore, ai termini e alle condizioni alle quali è stato acquistato, o da quanto esplicitamente previsto dalla legge applicabile. Qualsiasi distribuzione o fruizione non autorizzata di questo testo così come l'alterazione delle informazioni elettroniche sul regime dei diritti costituisce una violazione dei diritti dell'editore e dell'autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla Legge 633/1941 e successive modifiche.

Indice

Prefazione	8
I. Introduzione	12
II. Sfide per il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane	15
III. Linee strategiche per il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane	20
IV. Pratiche organizzative per la salute di prossimità nelle aree metropolitane	31
V. Determinanti aziendali della salute di prossimità nelle aree metropolitane	45
VI. Determinanti istituzionali della salute di prossimità nelle aree metropolitane	57
VII. Conclusioni	59
Indice dei box	61
Bibliografia	63

Prefazione

Prima prefazione

Gli apprendimenti emersi dal Forum Prossimità CERISMAS, a cui hanno aderito AUSL di Bologna, ATS Milano Città Metropolitana, ASL Roma 1 e ASL Napoli 1 Centro, sintetizzati in questo lavoro, offrono un'interessante riflessione nel panorama del SSN.

I processi di urbanizzazione rappresentano uno dei più rilevanti trend su scala globale, forieri di notevoli impatti sulle determinanti della salute in relazione all'ambiente fisico e sociale, nonché all'accessibilità ai servizi. L'attenzione alle logiche di declinazione dell'evoluzione dell'assistenza territoriale di prossimità nelle aree metropolitane, oggetto del Forum, rappresenta, dunque, una significativa questione che, raccordandosi al filone di studio di *urban health*, coniuga la necessità di far tesoro delle pratiche di riorganizzazione dei servizi in contesti locali specifici con il comune riferimento agli ambiti urbani metropolitani.

Il *focus* specifico posto sulle aree metropolitane, piuttosto che sugli ambienti urbani in linea generale, assume particolare significato in quanto è proprio nelle prime che l'eterogeneità e la variabilità delle caratteristiche locali assumono massima rilevanza confrontando non solo diverse aree metropolitane, ma anche differenti articolazioni urbane interne ad una medesima area metropolitana (come, ad esempio, i quartieri e le zone censuarie). Al fine di generare esiti di salute coerenti con i bisogni, viepiù differenziati e complessi, caratterizzanti le diverse comunità locali, la progettazione ed attuazione dei servizi di prossimità non può che seguire un approccio di significativa attenzione alle peculiarità strutturali, epidemiologiche, demografiche, sociali, economiche e culturali caratterizzanti i singoli contesti. Con riferimento all'ambiente fisico metropolitano, si pensi, ad esempio, alle infrastrutture di trasporto, all'edilizia sociale,

all'inquinamento, all'accesso alle aree verdi. Per quanto concerne l'ambiente sociale, si considerino, ad esempio, le questioni legate alla fragilità indotta dall'indebolimento delle reti familiari e sociali e dalle deprivazioni economiche, spesso acute in tutte le fasce di età a causa dell'isolamento imposto dai recenti eventi pandemici. Nel loro complesso, questi elementi incidono in maniera diretta sugli stili di vita e, di conseguenza, sul livello di salute della popolazione nei diversi contesti locali. Parimenti, l'accesso ai servizi sanitari, sociali, socio-sanitari, socio-assistenziali ed educativi rappresenta un ulteriore elemento che influisce in maniera significativa sulla possibilità di intercettare e prendere in carico i bisogni, espressi e non, nutriti dalle comunità locali tanto a livello di popolazione, quanto a livello individuale.

Gli spunti offerti dal presente lavoro offrono una chiave di lettura, al contempo concettuale ed applicativa, sulla rilevanza di declinare la progettazione ed attuazione delle innovazioni promosse dalla Missione 6 del PNRR, dal D.M. 77 “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022 e dai successivi atti di indirizzo nazionali e regionali muovendo da un’analisi capillare, flessibile e partecipata dei bisogni caratterizzanti i contesti locali così da promuovere approcci integrati e proattivi di responsabilizzazione diffusa nella generazione della salute nelle aree metropolitane.

Prof. Orazio Schillaci
Ministro della Salute

Seconda prefazione

A seguito della Pandemia di COVID-19, che ha profondamente colpito l'intera Nazione evidenziando significative criticità del nostro sistema, è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per rilanciarne l'economia e promuovere al contempo salute, sostenibilità e innovazione digitale. Il PNRR fa parte del programma dell'Unione Europea noto come Next Generation EU (NGEU), un fondo che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Per l'attuazione degli obiettivi della Missione 6 “*Salute*”, relativa al PNRR, sono stati successivamente emanati decreti nazionali, come il D.M. 77 “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022, e numerose Delibere Regionali attuative. Si è reso, infatti, prioritario, da un lato, implementare l'offerta di presidi di prossimità territoriale al cittadino, quali le case della comunità e gli ospedali di comunità, e, dall'altro, coordinare, grazie alle centrali operative territoriali, l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché uniformità dei livelli di assistenza e pluralità dell'offerta. L'introduzione di tali strutture polivalenti è finalizzata ad erogare ai cittadini, all'interno di un'unica rete assistenziale integrata con il sistema ospedaliero, l'insieme dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione. Le strutture di prossimità, infatti, rappresentano dei punti di riferimento per l'assistenza primaria con caratteri di estensività assistenziale ed integrano il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale. La *mission* di queste strutture di prossimità è prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri agli ospedali.

Alla luce delle profonde trasformazioni in atto in tutto il territorio

nazionale e regionale, è prioritario approfondire considerazioni progettuali e funzionali relative ad una attuazione efficace dei principi della sanità di prossimità che ispirano i cambiamenti in atto. Le riflessioni sviluppate nel Forum CERISMAS offrono spunti interessanti per declinare queste questioni di progettazione e funzionamento nel contesto specifico delle aree metropolitane che, per loro natura, presentano elementi di contesto del tutto peculiari.

Prof. Enrico Coscioni
Presidente AGENAS - Agenzia Nazionale
per i Servizi Sanitari Regionali

I. Introduzione

Il Forum Prossimità ha avuto origine da una collaborazione promossa da CERISMAS e ASL Roma 1, a cui hanno immediatamente aderito anche AUSL di Bologna, ATS Città Metropolitana di Milano e ASL Napoli 1 Centro. Tale collaborazione si è delineata in stretta continuità con la natura istituzionale di CERISMAS quale associazione, fondata dall'Università Cattolica del Sacro Cuore e dalla Fondazione IRCSS Istituto Neurologico Carlo Besta, a cui attualmente aderiscono oltre 55 aziende sanitarie e socio-sanitarie. Muovendo dall'idea di valorizzare una sinergica collaborazione tra Università e Aziende, la *mission* del Centro è promuovere l'innovazione nell'organizzazione e gestione delle aziende sanitarie e socio-sanitarie, coniugando rigore nei metodi di analisi e rilevanza dei problemi oggetto di intervento.

Ponendosi all'interno di questa cornice istituzionale, il Forum Prossimità CERISMAS ha 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, con una particolare attenzione ai contesti metropolitani. Il PNRR, anche su impulso della pandemia, prevede l'evoluzione del Servizio Sanitario verso nuovi interventi di prossimità, vicini alle comunità 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 cittadi-

ni, 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 del Forum Prossimità 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.

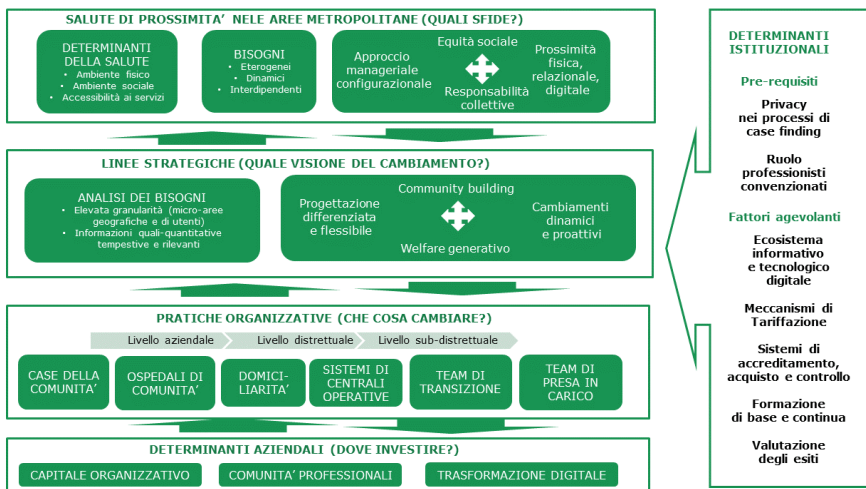
La scelta di muovere le riflessioni dalle aree metropolitane è giustificata da un duplice ordine di considerazioni: da un lato, la numerosità della popolazione servita (le aziende aderenti al tavolo hanno un bacino di utenza che complessivamente supera i 6 milioni di abitanti); dall'altro lato, la particolare complessità dei contesti metropolitani (ad esempio in termini di composizione dei nuclei familiari, eterogeneità del profilo socio-economico dei quartieri, varietà dei bisogni espressi dalle diverse generazioni di utenti, numerosità ed interdipendenza dei nodi dell'offerta della rete sanitaria e socio-sanitaria).

L'obiettivo del presente documento consiste nel sintetizzare i principali apprendimenti emersi nel Forum 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 (cfr. Figura 1):

- muovendo dalle considerazioni che emergono su scala globale in termini di *urban health*, nella sezione 2 si delineano le principali sfide manageriali in prospettiva di salute di prossimità nelle aree metropolitane;
- nella sezione 3 si tracciano gli elementi fondanti la visione manageriale di gestione strategica del cambiamento in applicazione del principio di prossimità nell'ambito dell'innovazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nelle aree metropolitane;
- la sezione 4 sintetizza una serie di punti di attenzione nel progettare ed attuare pratiche organizzative per la salute di prossimità nei contesti metropolitani;
- la sezione 5 analizza i principali *driver* strategici di sviluppo, emer-

- si nell'esperienza delle quattro aziende metropolitane nel promuovere la salute di prossimità nei contesti oggetto di indagine;
- infine, nell'ultima sezione si tratteggiano alcuni fattori istituzionali che possono condizionare significativamente i processi di cambiamento da attivare, in prospettiva di prossimità, nelle aree metropolitane, distinguendo: (i) da un lato, alcuni elementi indispensabili, che fungono da veri e propri pre-requisiti istituzionali, in assenza dei quali risulta difficile poter avviare un'efficace riorganizzazione dell'assistenza in prospettiva di salute di prossimità; (ii) dall'altro lato, una serie di fattori agevolanti, che possono facilitare i processi di cambiamento attesi.

Figura 1 - *Prefigurare ed agire il management della prossimità nelle aree metropolitane nel SSN: quadro di sintesi*



Fonte: elaborazione propria.

II. Sfide per il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane

Alla luce dei crescenti fenomeni di **urbanizzazione** diffusi su scala globale, negli ultimi decenni si è sviluppato un acceso dibattito in tema di *urban health* nel quale, in estrema sintesi, si indaga come le caratteristiche degli ambienti urbani possano influenzare la salute della popolazione (es. Galea e Vlahov, 2005). In particolare, le **determinanti della salute** nei contesti cittadini sono riconducibili a tre ampie categorie: l'ambiente fisico (es. infrastrutture, inquinamento, edilizia sociale, accesso alle aree verdi), l'ambiente sociale (es. reti sociali, segregazione spaziale, deprivazione sociale ed economica) e l'accesso ai servizi sanitari e sociali (es. localizzazione e visibilità dei servizi).

Data la numerosità e l'interdipendenza di tali fattori, è immediato riconoscere come la comprensione (prima) ed il governo (poi) della salute della popolazione nei contesti urbani debbano considerare, tra le altre, le seguenti sfide, particolarmente enfatizzate nelle aree metropolitane:

- limitata significatività di analisi generaliste condotte su ampia scala, rendendosi viceversa necessarie **analisi ad alta granularità** volte a cogliere e rappresentare l'elevata eterogeneità dei bisogni che contraddistinguono in maniera differenziata le cosiddette micro-aree all'interno di una medesima area metropolitana;
- necessità di impostare **soluzioni dinamiche**, tenuto conto dei costanti cambiamenti che contraddistinguono le determinanti della salute nei processi di urbanizzazione;
- elevata **complessità dei nessi di causalità** che intercorrono tra i singoli fattori caratterizzanti i processi di urbanizzazione e gli effetti che ne conseguono sulla salute della popolazione;
- necessità di adottare **approcci multidisciplinari** per poter cogliere e governare il contributo di diverse discipline allo studio dei mol-

teplici aspetti, insiti nei fenomeni di urbanizzazione, che influenzano la salute della popolazione (es. demografia, epidemiologia, antropologia medica, scienze mediche ed infermieristiche, *management*, ecc.).

Muovendo da tale premessa e privilegiando una prospettiva manageriale, nel corso dei lavori del Forum Prossimità CERISMAS è emersa una visione condivisa di *management* della salute di prossimità nelle aree metropolitane nel SSN, articolata lungo quattro considerazioni di carattere strategico.

In primo luogo, il riconoscimento degli elementi di specificità che contraddistinguono non solo una data area metropolitana rispetto ad un'altra, ma anche le eterogeneità caratterizzanti le diverse micro-aree all'interno di una medesima metropoli, ha portato a privilegiare un **approccio manageriale di tipo configurazionale** (Meyer, Tsui e Hinings, 1993) volto a mettere in luce specifici *pattern* di soluzioni da prefigurare ed attuare in coerenza con i diversi contesti caratterizzanti le comunità locali. È emersa, infatti, una visione secondo cui la progettazione e lo sviluppo di efficaci pratiche di prossimità richiedano il superamento di una applicazione meramente meccanicistica del quadro normativo di riferimento. Al contrario, prefigurare ed agire il *management* della prossimità nelle aree metropolitane significa saper contemporaneamente (ri)conoscere ed interpretare la molteplicità delle variabili caratterizzanti i diversi contesti a livello aziendale, distrettuale e sub-distrettuale, alla ricerca di diverse configurazioni erogative adatte ai diversi contesti locali.

In secondo luogo, si è riconosciuto che il finalismo di fondo da salvaguardare nella ricerca dei suddetti *pattern* configurazionali non possa che fondarsi sulla valorizzazione dell'**equità sociale** nel governo della salute di prossimità nelle aree metropolitane, da perseguire in via complementare agli obiettivi di efficacia ed efficienza dell'azione pubblica. Infatti, l'alta variabilità delle determinanti sociali, che tipicamente contraddistingue i contesti metropolitani, rende particolarmente critico il tema. Nel Box 1 si approfondisce la questione, proponendo una chiave di interpretazione "azionabile" che possa fungere da riferimento nei complessi processi decisionali relativi all'allocazione e all'utilizzo delle risorse nei contesti locali.

Box 1 - Disambiguare il concetto di equità in sanità

Il principio di equità, ampiamente dibattuto in letteratura, è particolarmente articolato (Lane *et al.*, 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 l'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 che, variamente posizionati nella gerarchia sociale, si caratterizzano per l'essere avvantaggiati ovvero svantaggiati in termini di ricchezza, potere e/o prestigio (Braveman e Gruskin, 2003). Pertanto, al fine di identificare l'esistenza di situazioni di disparità, occorre segmentare l'analisi dello stato di salute della popolazione in gruppi omogenei opportunamente costruiti in relazione a variabili sociali quali, per esempio, la deprivazione economica, l'istruzione, l'età, il genere, il luogo di residenza, l'appartenenza etnica o religiosa (Boeckxstaens *et al.*, 2011). Questa visione sociale dell'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'inequità 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. Nonostante le differenze riscontrabili in letteratura con riferimento a questa dimensione di analisi, l'equità nei servizi è anzitutto comunemente intesa in termini di equità di accesso, con l'obiettivo di promuovere la rimozione delle barriere che determinati gruppi di persone (ancora una volta identificabili in base a variabili sociali, quali quelle sopra richiamate) possano sperimentare nell'accedere ai servizi disponibili (Whitehead, 1992). Più in particolare, l'equità di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari è intesa non solo con riferimento alla quantità dei servizi offerti, ma anche alla loro qualità (Cattacin *et al.*, 2013; Lane *et al.*, 2017). Inoltre, un'ulteriore dimensio-

ne di analisi dell'equità nei servizi concerne l'utilizzo dei servizi disponibili (Cattacin *et al.*, 2013; Lane *et al.*, 2017; Whitehead, 1992). Trattasi di un aspetto differente dal precedente, in quanto diversi gruppi di persone, pur godendo di pari opportunità di accesso, possono sperimentare differenti tassi di utilizzo dei servizi in relazione a ragioni di carattere sociale (es. livello di istruzione). Da ultimo, e in senso ancor più ampio, l'accezione di equità nei servizi sanitari giunge a includere anche i meccanismi di allocazione delle risorse e di finanziamento (Braveman e Gruskin, 2003). Lungo tale linea di pensiero, si distinguono l'equità orizzontale, volta a garantire pari distribuzione di risorse a parità di bisogni, rispetto all'equità verticale, che si caratterizza per una differente distribuzione di risorse a fronte di differenti livelli di bisogno (Barsanti e Nuti, 2014).

Fonte: Cifalinò, Lisi, Passetto, 2017.

In terzo luogo, stante il riconoscimento delle strette e complesse interdipendenze tra la dimensione sociale e sanitaria nel promuovere la salute a livello di comunità, dai lavori del Forum Prossimità CERISMAS è emersa la necessità di promuovere una comune visione della salute da parte delle istituzioni del sociale e della sanità, da intendersi anzitutto come **responsabilità collettiva** da estendere a tutti i membri delle comunità locali, non solo ai dirigenti e professionisti impegnati nei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, ma anche ai cittadini e alle reti civiche, in una prospettiva di *engagement* individuale e collettivo finalizzato ad un *empowerment* di comunità. Occorre in tal senso promuovere un'evoluzione, anzitutto culturale, che consenta di attivare processi connettivi, di natura reticolare, a partire dai nodi presenti nella rete dei servizi. In tal senso, la condivisione dei contenuti di servizio attraverso cui operationalizzare e declinare la salute di prossimità, in coerenza con le specifiche esigenze delle micro-aree nei vari contesti locali, può fungere da collante organizzativo e culturale per una collaborazione tra pubblico, privato e terzo settore ispirata ai principi di proattività, iniziativa, flessibilità e responsabilizzazione sugli esiti.

Infine, si è riconosciuta la necessità di chiarire il **concetto di prossimità**, da intendersi non solo in termini fisici e geografici, di cui un esempio evidente è offerto dalla diffusione delle case e degli ospedali di comunità, ma anche in termini relazionali e digitali. Infatti, per

una piena promozione della salute occorre anche valorizzare, attraverso una concezione di prossimità relazionale, i contributi sinergici generabili dalla valorizzazione delle risorse formali e informali, professionali e non, afferenti alle comunità locali. Inoltre, tenendo in considerazione sia le opportunità offerte dalle tecnologie digitali sia le aspettative di digitalizzazione espresse da una parte crescente della popolazione, occorre estendere il concetto di prossimità anche ad una visione di connettività digitale che possa consentire ai cittadini un rinnovato rapporto nei confronti di una moderna pubblica amministrazione. Nel complesso, occorre facilitare l'accessibilità non solo ai servizi presenti nelle reti territoriali, ma anche ai vari servizi ospedalieri *hub & spoke*.

III. Linee strategiche per il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane

Muovendo dal piano concettuale a quello realizzativo e tenendo in considerazione le sfide tratteggiate nella precedente sezione, l'applicazione del principio di prossimità nell'ambito dell'innovazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nelle aree metropolitane impone una vera e propria azione manageriale di gestione strategica del cambiamento. Sulla scorta della prospettiva configurazionale sopra evidenziata, assume massima rilevanza privilegiare un **approccio critico** nella riorganizzazione dei servizi, 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. Lungo l'esperienza di ricerca-azione realizzata nell'ambito del Forum, tale approccio critico si è sostanziato in due principali linee strategiche caratterizzanti il cambiamento verso un *management* della salute di prossimità nelle aree metropolitane: (i) l'analisi dei bisogni delle comunità locali; (ii) la progettazione e realizzazione di servizi di prossimità.

Muovendo dall'analisi dei bisogni delle comunità locali, al fine di promuovere una visione strategica della salute di prossimità nelle aree metropolitane, è emersa la necessità di (ri)conoscere le specificità caratterizzanti le differenti comunità nell'ambito del complessivo bacino di utenza della popolazione servita. Si tratta, in sintesi, di adottare una elevata **granularità di analisi**, a livello infra-distrettuale ed infra-municipale, volta a far emergere le specificità dei bisogni delle cc.dd. micro-aree, opportunamente indagate sotto il profilo non solo sanitario, ma anche economico, sociale e culturale. In particolare, nelle esperienze delle quattro aziende aderenti al Forum sono emerse tre questioni chiave sotto il profilo metodologico. Un primo aspetto rilevante riguarda la definizione delle **unità di analisi** della popolazione ed i relativi criteri di segmentazione, da impostare

a livello micro. A tale proposito, si sono identificate due pratiche prevalenti, azionabili in via complementare:

- identificazione di micro-aree segmentate sotto il profilo territoriale sulla base di criteri di stratificazione multipla che riflettono aspetti economici, demografici, sociali e culturali caratterizzanti i contesti locali; a titolo esemplificativo, tali analisi consentono di effettuare una programmazione dei servizi mirata e differenziata nei diversi quartieri (in tal senso, si consideri l'esperienza di stratificazione dei bisogni sviluppata dalla ASL Napoli 1 Centro, riportata nel Box 2);
- identificazione di micro-aree segmentate per gruppi di popolazione *target* caratterizzati da specifici bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali, ancorché riferibili ad utenti afferenti a diverse comunità territoriali; si pensi, ad esempio, alla delineazione di interventi di prossimità mirati nei confronti di utenti fragili in situazione di grave marginalità sociale quali persone o nuclei familiari in situazione di povertà estrema (in tal senso, si consideri l'esperienza di ATS Milano Città Metropolitana, riportata nel Box 3).

Nel complesso, dal confronto maturato nel Forum CERISMAS è emerso che, nonostante numerose dimensioni e variabili siano già incluse nelle metodologie sopra evidenziate, per una più pervasiva e sistematica analisi dei bisogni delle comunità locali occorre investire ulteriormente nell'integrazione dei *dataset* disponibili ai vari livelli aziendali ed interistituzionali, così da considerare in maniera sistematica le diverse informazioni disponibili (ad esempio, indici composti relativi agli stili di vita).

BOX 2 - Pratiche di segmentazione sanitaria e sociale dei bisogni della popolazione della ASL Napoli 1 Centro

Nel contesto della "Sanità Pubblica 3.0", che pone l'enfasi sull'affrontare preventivamente le determinanti di salute facendo leva sull'evoluzione continua delle tecnologie e sulla crescente disponibilità di dati sanitari elettronici, la Regione Campania, tramite l'ausilio di SINFONIA (Sistema INFOrmativo saNità CampanIA), ha iniziato un processo di informatizzazione e rielaborazione dei dati provenienti dai principali flussi sanitari sotto forma di indicatori sintetici facilmente accessibili alle direzioni generali delle aziende sanitarie.

Nonostante l'indubbia utilità delle *dashboard* prodotte dalla piattaforma

regionale SINFONIA, per pianificare l'offerta sanitaria del territorio dell'ASL Napoli 1 Centro, che comprende l'intera città di Napoli e l'isola di Capri con i comuni di Anacapri e Capri e che si caratterizza per una accentuata disomogeneità socio-economica e demografica, si è reso necessario dotarsi di uno strumento ulteriore di analisi epidemiologica dei bisogni di salute, più preciso e duttile di quello regionale. È stata così creata una banca dati relativa ai cittadini residenti nel territorio della ASL che consente di effettuare analisi di dati aggregati e di identificare i bisogni di salute, tramite la *linkage* di più flussi, l'elaborazione di indicatori sintetici *ad hoc* e la rappresentazione spaziale. La flessibilità del sistema permette un'ampia applicazione a supporto di molteplici attività di programmazione e monitoraggio.

Nel mese di giugno del 2022, si è anzitutto provveduto a creare un algoritmo di validazione del quartiere quale micro-area idonea a rappresentare contesti sufficientemente omogenei. A tale scopo, è stato creato un *dataset* pilota generato dal *linkage* di anagrafe comunale, schede di dimissione ospedaliera e indice di deprivazione relativo al quartiere di residenza ed è stata definita l'associazione tra indice di comorbidità aggiustato per età e indice di deprivazione (regressione lineare multivariata, $p < 0.05$).

Successivamente sono stati acquisiti i principali flussi sanitari, in particolare: l'anagrafe comunale, l'anagrafe sanitaria, l'elenco e l'indirizzo di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, il flusso dati sanitari della medicina generale (schede di fragilità, schede diabetologiche, schede malattie respiratorie, schede ipertensione arteriosa), l'indice di deprivazione, le schede di dimissione ospedaliera (produzione intra-regionale ed inter-regionale, in regime di ricovero ordinario e di day hospital), il file A dei cittadini residenti nella ASL, il tracciato emergenza-urgenza relativo al pronto soccorso (accesso), il flusso di distribuzione diretta NSIS (File F), l'esenzioni ticket, il registro tumori e il registro nominativo delle cause di morte. In seguito ad una prima analisi dei singoli *dataset* e alla genesi di variabili sintetiche ed aggregate, è stato effettuato il *record-linkage* tra tali variabili specifiche e sono stati creati degli indicatori sintetici stratificati per quartiere (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani, indice di dipendenza strutturale, indice di deprivazione, tasso di natalità, tasso di mortalità, incidenza dei tumori, indice di comorbidità di Charlson, prevalenza stimata di diabete, tumori, infarto acuto del miocardio, numero medio di ricoveri ordinari, numero medio di ricoveri in day hospital, costo medio dei ricoveri ordinari, costo medio dei ricoveri in day hospital, costo medio dei ricoveri fuori regione). È stata, inoltre, effettuata una georeferenziazione degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che ha consentito di valutare le eventuali carenze in relazione ai cittadini assistibili.

Muovendo dalla valutazione dei bisogni di salute stratificati a livello di

quartiere, sarà possibile adeguare l'attività di programmazione dell'offerta sanitaria e l'allocazione delle risorse allo specifico contesto socio-economico e al profilo di salute dei cittadini, con l'obiettivo di garantire un'assistenza di prossimità il più possibile rispondente ai reali bisogni della popolazione ed efficace. L'analisi degli indicatori relativi alla prevalenza stimata di malattia e al consumo di farmaci permetterà, successivamente, di valutare l'efficacia delle strategie messe in atto. Il primo atto formale dell'Azienda, che ha utilizzato tali dati, è stato l'Atto Aziendale approvato nel luglio 2023.

BOX 3 - Pratiche di intervento indirizzate a gruppi di popolazione target nell'esperienza di ATS Milano Città Metropolitana

Tra gli interventi mirati a micro-aree intese come specifici gruppi di popolazione *target*, ATS Milano Città Metropolitana ha identificato soggetti fragili in situazione di grave marginalità sociale, con problemi di salute mentale e dipendenze non diagnosticati, in alcuni casi sottoposti a procedimenti dell'autorità giudiziaria, con specifica attenzione alla fascia d'età giovane e che non trovano accesso o un'adeguata risposta ai propri bisogni di salute nella rete esistente. Il fenomeno «critico» che accomuna l'identificazione di una tale micro-area è rappresentato dalla particolare condizione di vita e di inclusione sociale: la mancanza di reti familiari e sociali rende la promozione, l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento ai servizi particolarmente complessi e di difficile declinazione. Ciò vale, in particolare, per soggetti quali migranti, persone in povertà estrema, oppure individui con multiproblematicità non afferibili ad una sola tipologia di servizio sociale specialistico. Questo fenomeno ha reso necessario attivare progetti mirati di intervento. Di seguito ne vengono sintetizzati due particolarmente significativi per approccio e contenuto.

Il primo progetto, denominato «Realizzazione e potenziamento di iniziative e strutture di prossimità per persone fragili in particolare condizioni di marginalità sociale», è attualmente in fase di sviluppo a seguito della DGR N° XI / 5447 del 03/11/2021 mediante la quale Regione Lombardia ne ha affidato ad ATS Milano Città Metropolitana l'attuazione. ATS Milano Città Metropolitana, operando in ottica di co-progettazione, ha avviato un avviso pubblico per l'individuazione di enti del terzo settore come gestori del progetto d'intervento. A seguito della selezione dell'ente capofila del progetto, è stato attivato un tavolo di coprogettazione che ha concordato di attuare azioni che raggiungano in modo diretto la popolazione *target* del progetto, garantendo equità di accesso all'assistenza socio-sanitaria. La popolazione *target*, infatti, difficilmente accede spontaneamente ai servizi e,

quando accade, si tratta di un accesso sporadico che non permette una vera presa in carico. Grazie alla messa in rete dei servizi attualmente esistenti e ad una collaborazione multi-disciplinare tra settore sanitario e sociale, si intendono garantire percorsi completi di presa in carico e accompagnamento.

Il secondo progetto, denominato «Rete integrata socio-sanitaria per il contrasto alle povertà e di riconoscimento, tutela e promozione del diritto al cibo», è stato interessato agli utenti che afferiscono a diverse zone dell'«hinterland milanese» e che presentano una maggiore esposizione dei nuclei familiari alla povertà alimentare, educativa ed alle problematiche di disagio relazionale. La sperimentazione è nata dall'osservazione secondo cui la domanda di aiuti alimentari rappresenta l'espressione più visibile di un problema molto più profondo che tocca aspetti fondamentali per il benessere psicofisico delle persone (quali diete inadeguate, stress, paura, esclusione sociale). A seguito dell'istituzione di un tavolo di co-progettazione, composto da enti del terzo settore e consultori familiari, si è deciso di potenziare l'aiuto alle persone/famiglie che vivono una condizione di carenza alimentare e nutrizionale. Gli attori coinvolti (3 enti del terzo settore, 6 aziende socio-sanitarie territoriali, 15 consultori familiari e 5 gestori privati accreditati) hanno costituito una "rete sociale" e condiviso pratiche di intervento sul territorio non solo per la raccolta e distribuzione di beni alimentari, ma anche e soprattutto per la promozione di un approccio integrato ai bisogni nutrizionali e di corretta alimentazione.

Il secondo aspetto di metodo riguarda il ricorso a differenti **tecniche di valutazione**, ancora una volta azionabili in via complementare: analisi quantitative, fondate su indici compositi di epidemiologia sociale, costruiti a partire da dati secondari la cui granularità viene agevolata anche da tecniche di georeferenziazione; analisi qualitative, spesso sviluppate con tecniche di partecipazione attiva delle persone e delle comunità grazie al coinvolgimento di professionisti impegnati anche nei processi di *case finding* (es. infermieri di comunità). Mentre le prime si focalizzano primariamente sui bisogni sanitari espressi, ovvero prefigurabili in base ai fattori sociali emersi, le seconde consentono di far emergere anche bisogni non espressi e latenti.

Il terzo aspetto riguarda l'approccio da adottare nel complessivo processo (prima) di costruzione ed interpretazione dei dati e (poi) di utilizzo delle informazioni a supporto delle decisioni di progettazione dei servizi. Stante la complessità, variabilità e dinamicità dei fenomeni oggetto di analisi, è emersa la necessità di privilegiare un

approccio pragmatico in cui si privilegia la costruzione e l'utilizzo di informazioni quali-quantitative tempestive e rilevanti, ancorché talora incomplete e provvisorie, a condizione che siano in grado di orientare le decisioni organizzative ed influenzare i comportamenti professionali in maniera efficace verso la generazione di salute nelle micro-aree identificate.

Per quanto concerne le linee strategiche che orientano la progettazione e realizzazione di servizi di prossimità, nel corso dei lavori sono stati enfatizzati i seguenti aspetti chiave, peraltro in buona parte già incorporati nei documenti di *policy making* di livello internazionale, nazionale e regionale:

- riconoscimento del **ruolo prioritario delle micro-aree** nel governo della salute di prossimità coniugando la capacità di far emergere i bisogni delle comunità locali con quella di realizzare risposte efficaci, prossime alle aree di bisogno, ricorrendo all'attivazione, connessione e valorizzazione delle risorse (fisiche, relazionali e digitali) disponibili ai vari livelli di intervento (interistituzionali, aziendali, distrettuali e sub-distrettuali) (a titolo esemplificativo, nel Box 4 si presenta la visione delle micro-aree sviluppata dall'AUSL di Bologna). Mutuando consolidati metodi di analisi situazionale, si tratta, in sostanza, di coniugare l'analisi dei bisogni (espresi ed emergenti) con la mappatura dei servizi (presenti ed attivabili) così da progettare innovative risposte di prossimità, integrate nelle comunità locali;
- valorizzazione dei **processi di community building e di welfare generativo** con l'obiettivo di attivare, connettere e responsabilizzare le risorse disponibili nelle comunità locali, tanto nel far emergere i bisogni per orientarli in modo coerente verso una domanda appropriata quanto nel co-progettare i servizi (a titolo esemplificativo, si consideri l'esperienza di *Community Lab* attivata dalla AUSL di Bologna per la co-costruzione della Casa della Comunità di Crevalcore, riportata nel Box 5). A ben vedere, tali processi di co-progettazione rappresentano una marcata innovazione sotto il profilo culturale, in quanto la connessione tra bisogni emergenti e nuove soluzioni organizzative va ricercata e perseguita attraverso nuove pratiche partecipative. Trattasi di questioni complesse in cui, superando le accezioni di mera retorica partecipativa (da un lato) e i tradizionali processi di progettazione *top-down* (dall'altro lato), occorre concre-

tamente aumentare l'efficacia degli interventi a beneficio non solo degli individui, ma anche della collettività, grazie al sostenimento di processi di generazione, e non solo redistribuzione, delle risorse (a titolo esemplificativo, si veda nel Box 6 l'esperienza "Rogoredo, l'unione fa la forza" guidata da ATS Milano Città Metropolitana); tale approccio si pone in stretta continuità con quanto definito nel 2022 dal Ministero della Salute nello "Atto di indirizzo riguardante le modalità di partecipazione ai processi decisionali del Ministero della Salute da parte delle associazioni o organizzazioni dei cittadini impegnate su tematiche sanitarie";

- diffusione di **approcci dinamici e proattivi di governo della salute**, fondati sul riconoscimento della necessità di perseguire logiche di cambiamento continuo, in cui le soluzioni via via emergenti non possono che ritenersi fisiologicamente provvisorie, in quanto la variabilità e il dinamismo delle determinanti della salute richiede una loro continua messa in discussione. Si tratta, sotto il profilo culturale, di creare un contesto autentico, e non burocratico, di attraversamento dei confini istituzionali, organizzativi, territoriali, professionali e disciplinari alla continua ricerca di un soddisfacente, ancorché provvisorio, *social accomplishment* delle soluzioni di volta in volta identificate (Cifalinò *et al.*, 2022). Tra le varie sfide che caratterizzano questi complessi processi è emersa la rilevanza di promuovere, accompagnare ed agire l'attivazione di relazioni multiple, uscendo dalle tradizionali zone di *comfort* che caratterizzano le logiche burocratiche di divisione del lavoro, privilegiando approcci culturali volti a generare un linguaggio ed una visione comune, grazie ai quali si realizza la capacità di co-costruire soluzioni efficaci e proattive, ancorché necessariamente provvisorie e progressivamente migliorabili.

BOX 4 – Le micro-aree nella visione dell'AUSL di Bologna

Il progetto micro-aree a Bologna nasce nel 2019 come co-progettazione tra distretto, servizi sociali territoriali, quartieri e l'azienda regionale per l'edilizia residenziale pubblica. Ispirandosi al programma habitat-microaree di Trieste, il progetto è basato sui principi di prossimità e di *community welfare* e sperimenta un modello di intervento interistituzionale e comunitario in aree cittadine a

particolare vulnerabilità sociale e sanitaria. Ad oggi il progetto è stato implementato in due quartieri della città ed è prevista l'espansione in altre aree.

La micro-area può essere definita come una strategia *area-based*, implementata in un'area la cui popolazione conta circa 1.000-2.500 abitanti, in cui prossimità territoriale e relazionale sono la base per: i) favorire l'emersione dei bisogni di salute inespresi; ii) conoscere nel concreto i processi che producono l'eccesso di malattia e l'inefficace utilizzo di risorse sanitarie che si riscontrano nella popolazione di riferimento; iii) attivare azioni volte al miglioramento della salute; iv) conoscere e valorizzare le risorse locali.

Il principale dispositivo organizzativo della micro-area è rappresentato dalla micro-*équipe* di prossimità che opera nell'area di riferimento. La composizione di operatore/i dei servizi sociali e/o sanitari e l'entità dell'impegno dell'*équipe* dipendono dai bisogni di salute rilevati e dalla composizione demografica e sociale dell'area. Gli operatori costituiscono un riferimento stabile e chiaramente identificabile per gli abitanti e svolgono a livello locale un lavoro di conoscenza proattiva della popolazione, con cui stringono relazioni di fiducia che, insieme alla scala e alla localizzazione dell'intervento, sono elementi strategici dell'approccio di prossimità.

La micro-*équipe* si occupa di strutturare iniziative di promozione della salute che muovono dai bisogni concreti degli abitanti e di sviluppare mutualismo all'interno della comunità: grazie all'attivazione delle reti sociali del territorio, vengono proposte iniziative di movimento, socializzazione, sostegno emotivo/psicologico gruppal, di *health literacy* e di sostegno educativo per minori. Impiegando strumenti di *population health management* oppure valorizzando all'azione di "antenne di comunità", l'*équipe* intercetta proattivamente quanti non si rivolgono ai servizi o non trovano risposte efficaci. L'accesso ai servizi è facilitato dall'*équipe* attraverso coordinamenti preventivi o accompagnamenti, nel principio dell'equità orizzontale e del diritto alla salute. L'*équipe* sostiene l'autocura e realizza interventi di sostegno e motivazione all'aderenza terapeutica, con il principale obiettivo di prevenire l'ospedalizzazione. Insieme ai servizi specialistici (sociali, sanitari, educativi), l'*équipe* si occupa di costruire e sostenere progetti individuali complessi, che richiedono monitoraggio di prossimità e forte coordinamento, cercando sinergie di comunità laddove spesso mancano reti familiari stabili ed è necessario supportare la domiciliarità o contrastare l'isolamento. Inoltre, si svolgono campagne di prevenzione primaria e secondaria.

Il contributo che l'azienda USL di Bologna apporta alla strategia complessiva della micro-area si articola in diversi livelli di intervento: il coordinamento complessivo del progetto, l'attivazione degli interventi sanitari sopra descritti e, insieme alle altre istituzioni coinvolte, la promozione di un modello di *welfare*

generativo ed integrato. Si tratta, dunque, di un'azione che pone in continua tensione l'identità organizzativa perché presuppone che, accanto al ruolo di erogatore di prestazioni sanitarie, l'azienda acquisisca una funzione di "aggregatore" di risorse non proprie e di coordinatore di interventi che trascendono il proprio tradizionale perimetro organizzativo.

BOX 5 - Community Lab per la co-costruzione della casa della comunità di Crevalcore della AUSL di Bologna

L'azienda USL di Bologna ha adottato un assetto organizzativo che prevede l'articolazione in 6 distretti. Il distretto Pianura Ovest comprende 6 comuni ed ha una popolazione residente di 83.354 abitanti (dati al 1° gennaio 2022).

L'attuale casa della comunità delle Terre d'Acqua Barberini, situata nel comune di Crevalcore, rappresenta l'evoluzione dell'omonima casa della salute che, a sua volta, era in origine un ospedale attivo da oltre due secoli. Nel corso degli anni '90, l'ospedale è stato oggetto di un percorso di riqualificazione e di trasformazione in polo sanitario territoriale, che ha previsto l'ingresso in struttura dei medici di medicina generale di Crevalcore. A seguito degli eventi sismici del maggio 2012, il polo sanitario territoriale è stato dichiarato inagibile in quanto risultato gravemente danneggiato. Gli eventi sismici – e le conseguenti dinamiche sociali sollecitate nelle comunità colpite – hanno contribuito a rafforzare, quali elementi cardine dell'identità del progetto "casa della salute", il principio della centralità dei bisogni della comunità e il senso di collaborazione e di integrazione, imprimendo un'accelerazione all'implementazione delle case della salute. Così, a pochi mesi dal sisma, già nell'ottobre del 2012, in "sostituzione" del polo sanitario, si è formalmente inaugurata la casa della salute di Crevalcore, *hub* di riferimento distrettuale, provvisoriamente ospitato presso un prefabbricato in attesa del rientro dei servizi nell'immobile del polo sanitario (novembre 2016).

Il *Community Lab* è il metodo che è stato seguito nell'ambito della programmazione locale partecipata (piani di zona) per avviare il percorso di progettazione della casa della salute di Crevalcore. Trattasi di un «metodo "trasformativo/partecipativo" di prassi e politiche che, attraverso l'allestimento di spazi dialogici con la comunità, i servizi e i corpi intermedi produce riflessività, conoscenza e consapevolezza, a partire dall'attenzione forte posta alle dimensioni quotidiane del lavoro dove è richiesta la mobilitazione e l'attivazione di processi collettivi. Esso si basa sullo studio di casi ed è finalizzato a comprendere meglio le comunità di oggi e le possibili forme di

evoluzione in materia di *welfare* locale grazie all'apporto dei cittadini stessi» (fonte: www.assr.regione.emilia-romagna/innovazione-sociale). Seguendo questa metodologia, il tema sviluppato nell'ambito del laboratorio "Casa della salute ed integrazione sociale e sanitaria: senso e ruolo del servizio sociale integrato" è stato l'occasione per avviare un percorso di ascolto e di coinvolgimento della comunità nella definizione e progettazione operativa di servizi orientati alla lettura dei bisogni e alla partecipazione. Le fasi del percorso laboratoriale sono state articolate in attività di: i) formazione in aula, finalizzata a sviluppare competenze nella lettura dei problemi e nella costruzione partecipata della progettazione; ii) istruttoria, finalizzata a supervisionare e fornire consulenza alla progettazione dei processi in atto; iii) accompagnamento/supporto locale, attraverso la tecnica partecipativa del *world café*.

Il percorso ha previsto l'istituzione di una cabina di regia per l'organizzazione dei tavoli di partecipazione, che hanno visto il coinvolgimento di *stakeholder* interni ed esterni afferenti al distretto (operatori, volontari, cittadini, associazioni, enti locali, scuola, ecc.). I temi oggetto dei tavoli di partecipazione hanno riguardato il confronto e la condivisione dell'idea di benessere e di salute nella comunità, le possibilità di fare della casa della salute delle Terre d'Acqua un luogo partecipato e la co-progettazione della nuova casa della salute del distretto Pianura Ovest.

Il percorso realizzato è stato un'occasione di confronto attivo e di co-progettazione di percorsi e di servizi ed è stato essenziale per lo sviluppo di competenze nella programmazione partecipata e nella co-progettazione, evidenziando l'opportunità di prevedere percorsi di formazione condivisi tra operatori e cittadini.

BOX 6 - Intervenire nelle micro-aree nella città metropolitana di Milano: l'esperienza "Rogaredo, l'unione fa la forza"

Stanti le ampie dimensioni e l'elevato numero di abitanti, i bisogni di salute della popolazione sono fortemente eterogeni all'interno delle aree metropolitane. Per individuare e valorizzare tali differenze, nell'esperienza di ATS Milano Città Metropolitana si è reso opportuno ragionare in termini di "micro-area". Ciascuna micro-area costituisce un'unità elementare di osservazione del territorio e di raccolta di bisogni e necessità, in quanto comprende al proprio interno cittadini con caratteristiche economiche, sociali e culturali simili. Nella prospettiva dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria di prossimità, l'identificazione delle micro-aree consente di realizzare interventi mirati ed efficaci rispetto ai biso-

gni sanitari, socio-sanitari e sociali relativi ad uno specifico gruppo di soggetti nell'ambito della più ampia popolazione afferente al territorio metropolitano.

La micro-area identificata da ATS Milano Città Metropolitana per la progettualità "Rogoredo, l'unione fa la forza" è la zona milanese di Porto di Mare, adiacente al quartiere Rogoredo, situata nella periferia sud-est a 7 chilometri dal centro di Milano e nota alle cronache come il "boschetto della droga". Il fenomeno critico riscontrato in questa area è il consumo di sostanze a cielo aperto. Trattasi di un fenomeno che presenta caratteristiche distintive riferite al profilo di consumatori che frequentano l'area, alle modalità di consumo e alla tipologia di droghe consumate, analogamente a quanto osservato dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Connolly, 2006) in almeno altre otto città europee, quali Berlino, Bruxelles, Bucarest, Copenaghen, Dublino, Oslo, Parigi e Praga.

Per fronteggiare questo fenomeno si interviene mettendo a disposizione presidi idonei alla riduzione del rischio e del danno e si erogano interventi sanitari mirati. In primo luogo, al fine di favorire l'astensione dal consumo, si offrono generi di conforto e viene proposta una prima accoglienza notturna che faciliti l'accesso al programma di disintossicazione/presa in carico da parte dei servizi ambulatoriali accreditati. Successivamente, per osservare e stabilizzare in modo particolare le condizioni dei residenti stabili del "boschetto", si prevede l'accesso in "sollievo temporaneo" presso comunità terapeutico-riabilitative. Infine, si interviene per sensibilizzare la comunità del territorio e la popolazione residente, attraverso l'attivazione di iniziative rivolte alle scuole, alle aggregazioni giovanili e nei luoghi pubblici.

L'esperienza di Rogoredo, nel rappresentare un esempio di "riconoscimento" di una micro-area e di progettazione di interventi mirati in risposta alla valutazione di bisogni specifici, si qualifica come significativa esperienza di collaborazione e coinvolgimento interistituzionale di una pluralità di attori che operano nell'area. In particolare, la progettualità, che è stata realizzata con l'unitaria *governance* socio-sanitaria di ATS Milano Città Metropolitana e grazie all'integrazione tra sistema di offerta ordinario ed intervento straordinario coordinato dalla Croce Rossa Italia, ha visto attivamente coinvolti: Regione Lombardia, il Comune di Milano, il Municipio 4, l'AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza), la Croce Rossa Milano, l'ASST Fatebenefratelli-Sacco, l'ASST Santi Paolo e Carlo, l'ASST Niguarda, la Comunità Nuova Onlus, la Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, CAD, la Fondazione Eris Onlus (con funzioni di capofila di un gruppo di soggetti del terzo settore), Il Gabbiano, Promozione Umana, la Casa del Giovane, la Fondazione Exodus, il Gruppo Volontari Quartiere di Rogoredo e i Volontari Associazione Kayros.

IV. Pratiche organizzative per la salute di prossimità nelle aree metropolitane

Muovendo l'analisi dalla definizione alla realizzazione delle linee strategiche, dall'esperienza di ricerca-azione promossa nell'ambito del Forum Prossimità CERISMAS emergono cinque punti di attenzione nel progettare ed attuare pratiche organizzative per la salute di prossimità nei contesti metropolitani.

In primo luogo, l'ampia articolazione della rete dei servizi, che tipicamente contraddistingue i contesti oggetto di analisi, fa emergere la necessità di declinare le **funzioni specifiche che le case di comunità e gli ospedali di comunità possono assumere nelle aree urbane metropolitane** rispetto alle aree urbane provinciali e rurali. Al fine di evitare duplicazioni dei servizi, l'approccio assistenziale delle case della comunità dovrebbe superare l'erogazione di prestazioni, privilegiando azioni integrate e coordinate di presa in carico di pazienti e famiglie portatori di bisogni complessi, a partire dall'investimento in soluzioni di supporto all'autocura e di trasferimento di competenze al paziente e al *care giver*. Parimenti, occorre potenziare, all'interno delle case della comunità, snodi organizzativi in grado di accogliere e decodificare bisogni multidimensionali, di offrire orientamento e di garantire l'accesso alla complessa rete dei servizi presenti nelle aree metropolitane (es. PUA). In tal senso, le case della comunità possono rappresentare una piattaforma integrativa in cui si accolgono fragilità complesse che, per loro natura, non trovano adeguata risposta nelle reti tradizionali a vocazione specialistica, richiedendo viceversa la capacità di creare interdipendenze e valorizzare le connessioni con diverse istituzioni e organizzazioni. In tal senso, nella visione delle quattro aziende metropolitane si è enucleata la funzione prioritaria delle case di comunità in termini di promozione della salute e prevenzione primaria, secondaria e terziaria accompagnata da strutturati modelli organizzativi di presa in carico di carattere multi-

professionale e multidisciplinare (a titolo esemplificativo, si veda la l'interpretazione della *mission* delle case della comunità nel contesto della città metropolitana di Milano, riportata nel Box 7). Parimenti, occorre che gli ospedali di comunità offrano un *setting* di cure intermedie nei confronti dei pazienti complessi, vocato a facilitare i processi di *transitional care* nella complessa rete dei servizi di area metropolitana con riferimento ai diversi flussi dei pazienti ospedale-territorio, territorio-ospedale e territorio-territorio (si veda, di nuovo, il Box 7 in cui si riporta la *mission* degli ospedali di comunità nel contesto della città metropolitana di Milano).

Box 7 - Interpretare la mission delle case e degli ospedali di comunità nel contesto della città metropolitana nell'esperienza di ATS Milano

Nell'introdurre una nuova pratica organizzativa in un'area metropolitana ricca di servizi sanitari e socio-sanitari è essenziale, da un lato, evitare duplicazioni e, dall'altro lato, riconoscere le carenze nell'offerta esistente così da attivare nuovi servizi che siano utili ed efficaci. Perché ciò sia possibile, occorre superare l'approccio *top-down* che tipicamente caratterizza il disegno dei servizi pubblici, introducendo nuove pratiche organizzative che, mediante approcci *bottom-up*, consentano di riconoscere (prima) i bisogni attuali ed emergenti e di fornire (poi) risposte mirate. La corrispondenza tra bisogni e nuove pratiche organizzative va, infatti, ricercata e perseguita dal "basso".

Muovendo da tale rationale e facendo riferimento alle nuove soluzioni organizzative previste dal PNRR, ATS Milano Città Metropolitana ha identificato, quale *mission* prevalente della casa di comunità (CdC), fornire risposte adeguate nella gestione di pazienti cronici e fragili, le cui necessità possono essere soddisfatte grazie all'attivazione della rete dei servizi territoriali. Tutte le decisioni progettuali ed organizzative relative all'attuazione delle CdC, nonché il modello organizzativo adottato da Regione Lombardia con DGR XI/6760/2022 e sviluppato anche con il supporto di ATS Milano Città Metropolitana, seguono questo approccio: muovendo dalla constatazione che la ricca offerta presente nelle provincie di Milano e Lodi presenta prestazioni ambulatoriali "indistinte", si mira a costruire luoghi di presa in carico dei bisogni che, da un lato, siano facilmente identificabili per i pazienti che accedono ai servizi territoriali e che, dall'altro lato, offrano contesti organizzativi di supporto ai medici di medicina generale nella gestione di questi pazienti.

Di conseguenza, la CdC è stata progettata come modello organizzativo e di servizio che rende concrete sia l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento sia l'attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa, caratterizzate da un' enfasi sulla prevenzione e sull'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari in favore di tutta la popolazione, con una particolare attenzione rivolta ai cittadini afferenti all'area della fragilità e non autosufficienza. L'intero percorso di presa in carico è supportato da una piattaforma informatica unica regionale (sistema di gestione digitale del territorio) alla quale accedono tutti gli attori coinvolti nel processo.

In particolare, secondo il modello organizzativo sviluppato, le funzioni della CdC sono riconducibili a 5 macroaree che, seppur distinte, devono interagire tra loro:

- area di accesso e dei servizi amministrativi, che comprende gli sportelli informativi, il centro prenotazioni, il servizio di scelta e revoca del medico, ecc.;
- area dell'assistenza primaria, che comprende le attività di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e infermieri di famiglia e di continuità;
- area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta sia ai cittadini che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello sia a pazienti cronici assistiti dai medici afferenti alla CdC;
- area della prevenzione e promozione della salute, con particolare riferimento ai programmi di *screening* e all'attività di profilassi vaccinale;
- area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità, che si esplicita attraverso la funzione svolta dal punto unico di accesso (PUA), che garantisce la valutazione del bisogno e l'integrazione di servizi sanitari e socio-sanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali.

Diverse sono, invece, le logiche di progettazione dell'ospedale di comunità (OdC), che è stato ideato con l'obiettivo di creare una struttura sanitaria di ricovero che svolga una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e che si rivolga prioritariamente al bisogno degli assistiti del distretto in cui è situato. L'OdC può agire in supporto alle dimissioni ospedaliere (*step-down*) ovvero di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati (*step-up*), in modo tale da supportare le esigenze di continuità assistenziale dei pazienti cronici e fragili a maggiore complessità. Le sue funzioni includono, tipicamente, la stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso, il recupero funzionale e la formazione a procedure di autocura complesse, nonché la gestione della transizione del paziente non più autosufficiente in attesa della sua collocazione stabile in struttura.

In secondo luogo, l'eterogeneità dei bisogni caratterizzanti le micro-aree presenti in una data area metropolitana, unita alla variabilità della localizzazione dei servizi, tipicamente maggiormente concentrata in alcune zone urbane rispetto ad altre, implica l'ulteriore esigenza di **differenziare la progettazione della casa di comunità** nei contesti che presentano differenti condizioni epidemiologiche, sociali, culturali ed economiche. In particolare, occorre pensare ed agire le case di comunità non solo come soluzioni che rispondono a bisogni individuali, ma anche come opportunità di sviluppo del benessere di comunità, grazie allo sviluppo di specifiche azioni destinate alla collettività in funzione dei bisogni di volta in volta rilevati (a titolo esemplificativo, si veda il Box 8 in cui si riporta l'esperienza di attivazione di ambulatori per l'obesità infantile nei distretti della ASL Napoli 1 Centro caratterizzati da alti indici di deprivazione e da forti rischi di disuguaglianze di salute correlate anche agli stili di vita alimentari).

Box 8 - L'attivazione dell'ambulatorio dell'obesità infantile nei Distretti Sanitari della ASL Napoli 1 Centro

I sistemi di sorveglianza di popolazione sugli stili di vita (Okkio alla Salute, *Health Behaviour School Aged Children*, PASSI) attribuiscono un maggiore rischio di malattie croniche non trasmissibili alle regioni del Sud e, fra queste, la regione Campania presenta dati sensibilmente fuori media nazionale relativamente alle abitudini alimentari, alla sedentarietà e all'attività fisica. Questi fattori di rischio, unitamente alle condizioni socio-economiche, concorrono all'elevata prevalenza di sovrappeso/obesità sia in età pediatrica sia in età adulta.

Nel territorio dell'ASL Napoli 1 Centro, la prevalenza di sovrappeso/obesità, che in età pediatrica si attesta al 47,2% (dati Okkio alla Salute 2019), è una condizione che richiede interventi di medicina di prossimità da realizzare in *setting* strutturali nei quali vengano utilizzati approcci integrati di carattere preventivo, quali attività di promozione della salute rivolte alle scuole e consulenze clinico-nutrizionali dedicate a soggetti in età pediatrica in sovrappeso/obesità, implementando percorsi preventivi diagnostico-terapeutici assistenziali (PPDTA).

Questo modello di intervento è stato inizialmente attivato nei distretti sanitari di base nn. 25, 28, 29 e 31, situati in aree della città di Napoli (Fuorigrotta, Scampia, Sanità e Forcella) che presentano alti indici di deprivazione e forti

rischi di sviluppo di diseguaglianze di salute, dovuti anche agli stili di vita e alla scorretta alimentazione. In questo modello, le attività di promozione della salute, in particolare quelle dedicate alle abitudini alimentari e alla riduzione della sedentarietà, sono rivolte al *setting* scolastico. Le attività, realizzate attraverso programmi di provata efficacia, prevedono, in continuità, l'attivazione di ambulatori di nutrizione dedicati ai bambini in sovrappeso/obesi e alle loro famiglie, poiché questa condizione clinica ha un'eziologia multifattoriale che coinvolge l'intero nucleo familiare.

Gli ambulatori dedicati prevedono la presenza di un'*équipe* multidisciplinare (medico pediatra, biologo specialista in scienza dell'alimentazione, psicologo clinico, infermiere e chinesiologo), l'impiego di protocolli condivisi e di una cartella clinica. Le persone che accedono all'ambulatorio sono sottoposte a una prima visita che prevede la stima della composizione corporea, la valutazione della capacità motoria e un colloquio motivazionale. In ambulatorio viene attivato un percorso di consapevolezza e di *empowerment* delle famiglie che è rinforzato da iniziative quali, per esempio, la partecipazione attiva all'elaborazione di ricette e la loro condivisione tra i genitori afferenti all'ambulatorio. L'ambulatorio promuove la collaborazione con i pediatri di libera scelta.

Agli ambulatori accedono utenti di un'età variabile fra i 5 e i 17 anni, che presentano una condizione di obesità e di obesità grave (diagnosi basata sui percentili dell'indice di massa corporea, utilizzando le tabelle OMS 2007). Circa la metà dei bambini osservati ha un'età compresa tra i 5 e gli 8 anni, ad evidenza della precocità di insorgenza della condizione e di un anticipo dell'*adiposity rebound* piuttosto preoccupante, se confrontato con i dati presenti in letteratura. Attualmente, i dati di *follow-up* mostrano che il 90% dei bambini presi in carico si sono sottoposti ai controlli successivi. Questo modello di medicina di prossimità, facendo leva sull'attività di prevenzione e sull'attività di educazione clinico-nutrizionale, ha il pregio non solo di aver intercettato un bisogno di salute inespresso, ma anche di aver facilitato l'accesso ai servizi sanitari presenti sul territorio, che rappresenta un elemento chiave per ridurre le diseguaglianze in salute.

Le attività, avviate a partire dal mese di gennaio 2023, sono state progressivamente strutturate ed è in programma la loro implementazione in tutti i distretti aziendali. I dati rilevati ad inizio giugno 2023 evidenziano che sono stati effettuati oltre 130 accessi presso gli ambulatori aziendali, con un trend che mostra un progressivo incremento a partire dall'avvio delle attività.

In terzo luogo, l'elevata articolazione della rete ospedaliera, tipicamente riscontrabile nelle aree metropolitane, genera la necessità di **promuovere la domiciliarità**, intesa come valore complessivo da promuovere attraverso processi di responsabilizzazione e capacitazione condivisi con professionisti, pazienti, familiari, *care giver* e comunità. Sul piano organizzativo, si delineano diversi interventi a favore della permanenza delle persone al domicilio. Si pensi, a titolo esemplificativo, alle azioni di coordinamento attivo ispirate al modello *stepped-care* (azioni di cura ed assistenza sviluppate per fasi successive, caratterizzate da intensità e specializzazione crescente in base ai bisogni e facilitate da agili soluzioni tecnologiche come, ad esempio, tele-consulti tra specialisti e medici di medicina generale ed agende dedicate per la prenotazione diretta di visite specialistiche da parte di questi ultimi). Ancora, si pensi alla promozione di processi di partecipazione attiva dei professionisti della sanità territoriale ed ospedaliera (come le *équipe* multidisciplinari ospedaliere e territoriali transmurale) ovvero ai processi di integrazione tra le risorse formali ed informali afferenti alla sanità e al sociale (quali, ad esempio, i piani di integrati di supporto alle fragilità in caso di ondate di calore, interventi di reclutamento e di formazione certificata ai *care giver*, progetti di formazione al personale scolastico per l'assistenza ad alunni affetti da cronicità). Naturalmente, la promozione della domiciliarità così intesa non può che rappresentare l'esito di articolati processi di innovazione della complessiva rete dei servizi, fondati sull'appropriatezza e sull'integrazione dei vari *setting* assistenziali nella pre-acuzie, acuzie e post-acuzie (si veda, ad esempio, il progetto Salute@Casa realizzato dalla ASL Roma 1 all'interno del Municipio II, riportato nel Box 9).

Box 9 - Il Progetto Salute@Casa "Il lavoro di comunità e la rete di prossimità per un benessere consapevole e sostenibile" nell'esperienza della ASL Roma 1

Il progetto Salute@Casa muove dalle acquisizioni della letteratura scientifica che individuano nelle malattie croniche, nella disabilità e nelle disuguaglianze

di salute le principali sfide per la sanità pubblica nei Paesi occidentali. A partire dai trend demografici ed epidemiologici, in un'ottica di sostenibilità dei sistemi sanitari, emerge l'esigenza di realizzare modelli di assistenza sanitaria e socio-sanitaria che garantiscano una presa in carico sostenibile dei pazienti, avvalendosi di strategie di *governance* e organizzative innovative che, attraverso opportune modalità di integrazione, valorizzino tutte le risorse, istituzionali e non, presenti nel territorio. Il progetto prevede, quindi, una co-progettazione tra istituzioni (ASL e Municipio) in collaborazione con enti appartenenti al terzo settore e al volontariato, con l'obiettivo di sostenere lo sviluppo di comunità impegnate nel supporto ai cittadini per la realizzazione di interventi di tutela, prevenzione, promozione della salute e di *empowerment* dei singoli e delle comunità stesse. Particolare attenzione è rivolta alle vulnerabilità socio-sanitarie e alle cronicità, promuovendo la dimensione di prossimità di nuovi modelli di intervento (come il *team* di comunità - TdC) e il potenziamento di quelli già esistenti (come l'assistenza domiciliare integrata - ADI).

Il progetto si sviluppa all'interno del Municipio II, nelle zone urbanistiche Flaminio e Villaggio Olimpico, in cui risiedono circa 16.000 abitanti. La scelta di avviare il progetto in queste due zone è avvenuta a seguito di un'analisi del territorio che, rispetto alle zone circostanti, ha rilevato: i) carenza, al momento della stesura del progetto, di servizi sanitari, in termini di presidi aziendali e studi di medici di medicina generale (MMG); ii) risultati peggiori relativi agli indicatori di posizione socio-economica per il Villaggio Olimpico e presenza di aree di deprivazione relativa all'interno della zona Flaminio; iii) una popolazione composta per metà da persone sopra i 50 anni, evidenziando una percentuale maggiore rispetto alle altre aree del Municipio II. Questi dati potrebbero determinare un maggiore *gap* tra i bisogni di salute della popolazione residente e l'offerta disponibile nell'area, configurandola come un'isola di deprivazione relativa all'interno di un contesto complessivamente agiato.

Il progetto ha previsto la stesura di accordi e protocolli d'intesa tra i *partner* (ASL, Municipio, terzo settore), a partire dai quali è iniziata una collaborazione che ha portato alla messa in rete delle risorse disponibili. L'integrazione tra i *partner* si realizza a due distinti livelli: i) a livello strategico, con la costituzione di una cabina di regia che prevede la partecipazione dei *partner* già citati e dei rappresentanti MMG in associazione presenti nel territorio; ii) a livello operativo, con la costituzione di un TdC composto da un'*équipe* della ASL (infermiere, assistente sociale, fisioterapista e altre figure al bisogno oltre ai MMG), da un assistente sociale del Municipio e da personale del terzo settore e volontari. L'integrazione tra i *partner* ha lo scopo di favorire la ricerca e tempestiva segnalazione dei bisogni, nonché il monitoraggio degli assistiti in carico. Al fine di rendere effettiva tale integrazione sono stati previsti un corso di formazione

a cui hanno partecipato tutti gli operatori del TdC e lo sviluppo di un applicativo informatico unico, tramite il quale inviare segnalazioni e gestire la presa in carico degli assistiti.

All'interno della comunità, sono state realizzate diverse iniziative di prevenzione e promozione della salute (giornate di *screening*, incontri volti all'ascolto dei bisogni e iniziative di prevenzione presso un centro anziani, realizzazione di punti unici di accesso itineranti). A livello individuale, a giugno 2023 risultano prese in carico 205 persone da almeno una delle componenti del TdC, mentre, considerando il solo 2022, il tasso di persone *over 64* in ADI nelle due zone è aumentato da meno del 2.5% dell'anno precedente al 3.18% (equivalenti a 124 persone).

In quarto luogo, la compresenza di strutture *hub* (di carattere distrettuale/municipale e sovra-distrettuale/municipale) con servizi *spoke* (contraddistinti da una diffusione più o meno elevata nelle diverse zone) genera l'esigenza di articolare complessi processi di *transitional care* nelle aree metropolitane. In particolare, nel caso di pazienti maggiormente complessi ed instabili, che frequentemente ricorrono a diversi passaggi di *setting* assistenziali (ospedale-territorio, territorio-ospedale e territorio-territorio) tra strutture localizzate in diverse zone all'interno della metropoli, si rende necessario garantire efficaci processi di continuità fondati su veri e propri **sistemi di centrali operative** in cui si integrano centrali di livello aziendale e centrali di livello distrettuale (si veda, ad esempio, il modello delle centrali operative sviluppato dalla ASL Roma 1, riportato nel Box 10). Come si evidenzia nel punto successivo, la gestione delle centrali operative si fonda su modelli multiprofessionali che, a seconda delle varie declinazioni aziendali e distrettuali, includono medici di organizzazione, clinici, infermieri, fisioterapisti e professionisti del socio-sanitario.

Box 10 - Il modello delle centrali operative nell'esperienza della ASL Roma 1

Il territorio della ASL Roma 1, suddiviso in sei distretti nei quali è distribuita una popolazione complessiva pari a oltre 1 milione di residenti, si caratterizza per una notevole variabilità tra centro e periferie urbane, un alto indice di vecchiaia e una produzione diretta inferiore al 30%. In ottemperanza al Piano Na-

zionale di Ripresa e Resilienza e al DM 77/2022, nonché alle direttive regionali (tra le altre, la Deliberazione di Regione Lazio del 26 luglio 2022, n. 643 avente oggetto Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”), sono state istituite le centrali operative ospedaliere (COT-H), la centrale operativa aziendale (COA) e le centrali operative distrettuali.

Nel loro complesso, tali snodi funzionali aziendali si prefiggono l’obiettivo di facilitare la gestione ed il governo delle fasi di passaggio tra *setting* assistenziali ovvero governare i processi di *transitional care* per la popolazione assistita, garantire la presa in carico globale dell’assistito e mappare i bisogni della popolazione, supportando anche il livello programmatorio in termini di capacità di orientamento dei servizi verso bisogni complessi e di prossimità. Al fine di esercitare tali funzioni, le centrali operative hanno come elementi fondanti la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità, attraverso le quali è possibile esercitare un’integrazione professionale dei diversi operatori che, a vario titolo ed in una logica di rete, sono chiamati ad operare e a collaborare in tale ambito. Le figure coinvolte sono medici, infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, personale amministrativo con competenze di assistenza socio-sanitaria.

Nel dettaglio, la ASL Roma 1 ha istituito:

- le centrali operative ospedaliere (COT-H), che riuniscono in una struttura organica diverse funzioni (organizzative, assistenziali, logistiche, sociali) e costituiscono l’interfaccia ospedaliera con la centrale operativa aziendale, le centrali distrettuali e le strutture di ricovero intermedie;
- la centrale operativa aziendale (COA), che rappresenta il punto di raccordo tra realtà territoriale e ospedaliera (comprendente sia strutture a gestione diretta che afferenti ad altre ASL, aziende ospedaliere, policlinici universitari statali e non statali, presidi di ricovero e cura accreditati, regionali ed extraregionali). Essa non si sostituisce alle attività degli specifici servizi di presa in carico, ma si relaziona con strutture di ricovero/servizi territoriali (interni ed esterni all’azienda), nell’ottica del *problem solving* e della costruzione/consolidamento della rete assistenziale;
- le centrali operative distrettuali, finalizzate alla presa in carico globale della persona, mediante una graduale integrazione di tutte le articolazioni organizzative e professionali operanti sul territorio e coinvolte nei diversi *setting* assistenziali, comprensivi della rete dell’emergenza-urgenza. A loro volta, le centrali distrettuali sono articolate in: centrale operativa territoriale-distrettuale (COT-D), dedicata anche all’integrazione dell’assistenza

sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale; nucleo clinico casi complessi; nucleo di intelligenza epidemiologica.

A partire dal modello descritto sono stati promossi interventi sul territorio per *frequent user* dei pronto soccorso delle strutture a gestione diretta che includono sia azioni di facilitazione e aumento dell'appropriatezza (per i processi *step-up*) sia azioni di governo integrato delle dimissioni orientate attraverso modalità e procedure condivise con i maggiori ospedali presenti sul territorio aziendale (per i processi *step-down*). Così facendo, le centrali operative rappresentano uno strumento per supportare ed agire concreti processi di integrazione, affinché si possa dare risposta ai bisogni di salute (principalmente quelli complessi) dei pazienti assistiti in uno specifico territorio e un'importante opportunità per consolidare la capacità di committenza della ASL.

Infine, i precedenti punti di attenzione implicano, sotto il profilo dell'organizzazione professionale, la necessità di valorizzare il **ruolo strategico dei team multiprofessionali**, distinguendo i *team* di transizione (che rappresentano lo snodo professionale indispensabile per il funzionamento delle centrali operative, come evidenziato nell'esperienza dei *team* delle cure intermedie sviluppata dalla AUSL di Bologna, riportata nel Box 11) rispetto ai *team* di presa in carico (che garantiscono la presa in carico nei *setting* assistenziali di destinazione, come evidenziato nell'esperienza dell'*équipe* della rete delle cure palliative della ASL Napoli 1 Centro, descritta nel Box 12). In particolare, con il progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente aumento di situazioni co-morbidità e di multi-morbidità associate a fenomeni di fragilità sociale, non è più sufficiente ipotizzare meccanismi di coordinamento a priori (ad esempio fondati su percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali di patologia). Per i pazienti clinicamente complessi e/o che presentano elementi di vulnerabilità socio-economica, occorre prevedere meccanismi di coordinamento *in itinere* fondati su processi di *case management* in cui le *équipe* multiprofessionali garantiscano integrazione e continuità nelle reti cliniche e assistenziali, trasversalmente ai vari *setting* sanitari (ospedalieri e territoriali), socio-sanitari e sociali.

Box 11 - I team per la transizione e lo sviluppo di progetti di presa in carico nell'esperienza della AUSL di Bologna

Negli ultimi anni, l'azienda USL di Bologna ha sviluppato i *team* delle cure intermedie (TCI), *team* multiprofessionali che hanno la funzione di facilitare il mantenimento della domiciliarità dei pazienti fragili che accedono al pronto soccorso e di supportare le dimissioni ospedaliere dei pazienti con fragilità e complessità sanitaria e sociale attraverso una valutazione multidimensionale finalizzata a definire progetti integrati di presa in carico nell'ambito delle cure intermedie e territoriali.

Ad oggi il TCI presente presso l'Ospedale Maggiore, composto dal medico geriatra, l'infermiere, il fisioterapista e l'assistente sociale, è un'esperienza consolidata che è stata sperimentata anche in altre aree territoriali con l'obiettivo di valutare l'appropriatezza dell'accesso ai posti letto di cure intermedie e di definire di conseguenza i progetti di cura dei pazienti. Nel 2022, il TCI dell'Ospedale Maggiore ha valutato 1.357 pazienti (con un incremento del 46% rispetto all'anno precedente), di cui il 70% in dimissione da reparto ospedaliero per acuti, il 26% in dimissione da pronto soccorso e il 4% in dimissione sul territorio.

I TCI rappresentano un dispositivo organizzativo all'interno dell'attuale modello aziendale per la gestione della transizione delle cure che prevede una centrale metropolitana post-acuzie (CeMPA), che ha la funzione di governo unitario interaziendale dell'accesso al *setting* post-acuzie, e 12 punti di coordinamento dell'assistenza primaria (PCAP) di ambito distrettuale o di quartiere, con la funzione di coordinamento dei percorsi territoriali e facilitazione dell'accesso alle cure di prossimità.

Nel marzo 2023, l'azienda USL, sulla base delle indicazioni del DM 77/2022, ha deliberato un nuovo assetto organizzativo per la gestione della transizione delle cure che verrà implementato nel territorio aziendale secondo fasi incrementali e sulla base dei finanziamenti stanziati dal PNRR. In questo nuovo modello, oltre alla definizione di una centrale unica metropolitana (CUM) e di 8 centrali operative territoriali (COT), come evoluzione rispettivamente della CeMPA e dei PCAP, è stata valorizzata e potenziata la funzione dei TCI, identificando *team* ospedalieri e territoriali con un unico coordinamento e strumenti di lavoro condivisi. Gli utenti *target* dei TCI sono soggetti con età superiore a 75 anni con fragilità clinica e comorbidità complesse oppure soggetti di qualunque età che richiedono la definizione di un piano di cura complesso in ambito polispecialistico e con presenza/assenza di determinanti sociali deficitari per i quali, dopo la valutazione del professionista sanitario di riferimento (es. me-

dico di medicina generale, medico di reparto, ecc.), è necessario un ulteriore approfondimento valutativo finalizzato alla definizione o gestione del progetto di cura e assistenza.

In ospedale, il nuovo assetto prevede:

- una rete di facilitatori della dimissione, rappresentati da un medico e un infermiere dei reparti internistici di tutti gli ospedali *hub* e *spoke*, con il compito di supportare i colleghi del proprio reparto o di altri reparti per i processi di transizione;
- *team* delle cure intermedie, attivi presso gli ospedali *hub* (Ospedale Maggiore della AUSL e IRCSS AOU di Bologna), potenziando la funzione e le attività oggi garantite solo presso l’Ospedale Maggiore;
- infermieri di continuità, dedicati al *team* ospedaliero *hub*, che agiscono da interfaccia con CUM/COT in pronto soccorso.

Sul territorio, si prevede l’attivazione di 8 TCI che abbiano come base operativa le COT e siano composti dal medico geriatra, medico di medicina generale, infermiere di famiglia e comunità, assistente sociale e altri professionisti con competenze specifiche da coinvolgere in funzione delle necessità. A questi *team* è affidata la funzione sia di facilitare e gestire casi complessi in dimissione ospedaliera dagli ospedali *spoke* sia di valutare e predisporre i piani di cura dei pazienti con complessità clinica, assistenziale e sociale sul territorio.

Il potenziamento dei TCI prevede anche una rendicontazione sistematizzata delle attività multiprofessionali con l’obiettivo di valutare l’impatto della loro attività sui percorsi e sugli esiti dei pazienti intercettati e gestiti.

Box 12 - L’équipe multiprofessionale delle cure palliative nell’esperienza della ASL Napoli 1 Centro

Il territorio di competenza della ASL Napoli 1 Centro comprende tutta la città di Napoli e l’isola di Capri, con un bacino di afferenza di circa 1 milione di abitanti, ed è suddiviso in 11 distretti sanitari. Al fine di uniformare le prestazioni di cure palliative, nel 2014 è stata istituita la unità operativa semplice dipartimentale di cure palliative domiciliari che è responsabile della gestione, presa in carico ed erogazione delle cure a tutti i cittadini aventi diritto in età adulta e pediatrica. Le cure palliative non comportano costi sanitari diretti per la persona malata e per i suoi familiari, ma possono comportare costi di natura non sanitaria, particolarmente gravosi specialmente in aree con alto indice di deprivazione, che caratterizza molti territori di competenza della ASL.

Le Cure Palliative rappresentano una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità e vengono erogate da *équipe* con competenze specifiche che trattano pazienti portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata, pazienti in fasi avanzate e complicate di malattie croniche, pazienti con malattia oncologica in fase avanzata, pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza, che manifestano necessità di alimentazione enterale e parenterale e/o di supporto ventilatorio invasivo.

I pazienti che accedono alle cure palliative vengono presi in carico direttamente alla dimissione dagli ospedali cittadini attraverso le dimissioni protette o su segnalazione del medico di medicina generale. Nel caso di pazienti con malattia oncologica, è attiva la rete oncologica campana che, attraverso un sistema informatizzato, invia le richieste di presa in carico direttamente dai reparti di oncologia alla unità di cure palliative domiciliari, che è sede del coordinamento aziendale delle cure palliative.

Nella ASL Napoli 1 Centro negli ultimi anni il modello si è evoluto e conformato alle esperienze "in campo" ed, allo stato, è adottato un modello centralizzato di *governance* che prevede la presa in carico globale, le cure domiciliari, l'assistenza in *hospice* (nel settembre del 2023 sarà attivo un *hospice* di 12 posti letto, prima offerta pubblica relativa al territorio cittadino) ed in SUAP (Speciale Unità di Accoglienza Permanente, dotata di 10 posti letto), la gestione diretta delle risorse umane e tecnologiche e l'istituzione di 11 *équipe* assistenziali di base, una per ciascun Distretto, composte da un medico ed un infermiere. Questo modello è in grado di garantire una rapida presa in carico, entro 72 ore dalla richiesta, ed un tempestivo intervento dei consulenti in organico. L'*équipe* di cura è multiprofessionale e multidisciplinare, includendo al proprio interno medici dirigenti e specialisti ambulatoriali di varie discipline in organico all'unità operativa (oncologi, palliativisti, neurologi, pneumologi, chirurghi, anestesisti, nutrizionisti), psicologi, dietisti, infermieri, OSS, assistenti sociali, ecc. che sono in grado di garantire cure specialistiche appropriate in relazione alle necessità del paziente. L'*équipe* di presa in carico individua un *case manager* che coordina le attività di ogni paziente e ne valuta le necessità cliniche, mentre il *team* infermieristico ne valuta le necessità assistenziali. È il *case manager* che individua il *care giver* familiare che viene formato per seguire le necessità assistenziali di *routine*, quali medicazioni semplici, tracheo-aspirazione, riconoscimento di allarmi delle apparecchiature.

Tra i servizi offerti dall'unità di cure palliative domiciliari si annoverano: la diagnostica al domicilio (ecografia, esami di laboratorio, emogasanalisi, spirometria, polisonnografia, saturimetria notturna, ecc.), l'inserimento e la gestione PICC a domicilio, le medicazioni di lesioni da pressione o lesioni oncologiche, la gestione di *device* e apparecchiature come il respiratore automatico, i

drenaggi e le stomie, la gestione della tracheotomia, la *pet therapy* e la musicoterapia al domicilio per i pazienti in età pediatrica e la fisiokinesiterapia, in funzione dei bisogni individuati. Viene, inoltre, garantito il trasporto sanitario presso i presidi ospedalieri dell'ASL per l'esecuzione di procedure o esami diagnostici non eseguibili al domicilio. Attualmente è in corso di implementazione la documentazione sanitaria tramite cartella informatizzata.

Le attività assistenziali hanno visto un progressivo sviluppo nel tempo anche grazie al potenziamento del personale dedicato. Nel 2022 sono stati presi in carico 2.342 pazienti di cui 40 in età pediatrica, ed effettuati 4.000 accessi medici, 49.331 accessi infermieristici e 1.517 accessi di fisiokinesiterapia. La Direzione strategica, in ragione della rilevanza delle attività svolte dall'unità operativa, nell'atto aziendale del 2023 ha ritenuto di trasformarla in struttura complessa.

V. Determinanti aziendali della salute di prossimità nelle aree metropolitane

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 (livello macro-metropolitano, livello meso-aziendale e livello micro-locale). Nell'esperienza delle quattro aziende aderenti al Forum Prossimità CERISMAS, si sono in particolare identificati tre principali *driver* strategici di sviluppo per promuovere la salute di prossimità nei contesti oggetto di indagine, sintetizzabili in termini di (i) capitale organizzativo, (ii) comunità professionali e (iii) trasformazione digitale.

Sotto il profilo del **capitale organizzativo**, si è anzitutto riconosciuta la necessità di sostenere il rinnovamento dei modelli di organizzazione aziendale, attraverso una chiara strategia di revisione e messa in discussione degli assetti di responsabilità, in modo che l'azione pubblica si orienti in maniera proattiva alla comunità, collettivamente intesa, presidiando, nel contempo, personalizzazione, integrazione e coordinamento delle cure nei confronti dei singoli cittadini. Naturalmente, una delle principali aree di responsabilità in prospettiva di prossimità non può che riguardare il distretto, da sostenere come livello organizzativo deputato alla promozione e al presidio delle trasversalità e alla connessione delle filiere produttive (ospedaliere e territoriali) aziendali, inter-aziendali e interistituzionali, all'interno di una programmazione territoriale integrata, in grado di promuovere partecipazione e flessibilità da parte dei vari attori coinvolti. In particolare, per la promozione della salute di prossimità è essenziale definire una strategia di collaborazione trasversale che includa: (i) la medicina generale, per sostenere una piena integrazione multiprofessionale e multidisciplinare; (ii) gli enti locali ed il terzo settore, per avviare, consolidare e realizzare progettualità orientate all'inte-

grazione delle politiche locali (educative, sociali, lavorative, di *welfare*, di sostenibilità ambientale) con obiettivi di generazione di salute complessivamente intesa; (iii) il privato accreditato, per finalizzare la contrattazione e le relazioni rispetto ai nuovi modelli di collaborazione unificati da una comune visione di salute di comunità. Nel suo complesso, la ridefinizione di efficaci ed equi assetti di governo della sanità di prossimità non può che fondarsi su agili processi di riconfigurazione delle responsabilità preesistenti, in modo da privilegiare permeabilità ai contesti comunitari e da garantire conoscenza e connessione delle risorse presenti nelle reti interistituzionali locali (a titolo esemplificativo, si rimanda nel Box 13 all'esperienza della AUSL di Bologna relativa alle funzioni della direzione socio-sanitaria aziendale e alla sua articolazione in unità distrettuali).

Box 13 - La funzione di integrazione socio-sanitaria agita dalle unità di attività socio-sanitarie nell'esperienza della AUSL di Bologna

L'Azienda USL di Bologna ha adottato un assetto organizzativo che prevede l'articolazione in 6 distretti e una direzione delle attività socio-sanitarie (DASS) in staff alla direzione generale. Alla DASS afferiscono 6 unità attività socio-sanitarie (UASS) per il presidio dell'integrazione socio-sanitaria distrettuale, realizzando unitarietà anche nella prossimità territoriale. Tale declinazione distrettuale è coerente con il piano sociale e sanitario 2017-2019 della Regione Emilia-Romagna che, oltre alla figura del direttore delle attività socio-sanitarie, ha riconosciuto il distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione socio-sanitaria delle aziende USL regionali.

In particolare, ciascuna UASS distrettuale dipende gestionalmente dalla DASS e funzionalmente dal direttore di distretto, nei cui confronti esercita una funzione tecnica di supporto nel coordinamento e nella promozione dell'integrazione socio-sanitaria e nella programmazione, monitoraggio e verifica dei fondi per la non autosufficienza. La UASS è, pertanto, un punto di riferimento nell'ambito del sistema socio-sanitario per le relazioni con i professionisti (AUSL o enti locali) e i soggetti gestori erogatori dei servizi socio-sanitari.

Gli ambiti di attività della UASS, gestiti dal responsabile UASS distrettuale, che si avvale di un *team* di collaboratori composto da assistenti sociali ed educatori professionali, sono:

- la tutela della non autosufficienza per l'utenza in condizioni di accertata non autosufficienza, a più marcata gravità e cronicità;

- la tutela della fragilità rivolta all’utenza a rischio che presenta situazioni di disagio e di bisogno emergenti;
- la tutela nell’ambito della salute mentale e dipendenze patologiche per l’utenza che necessita di presa in carico integrata socio-sanitaria da parte dei centri di salute mentale (CSM) e dei servizi dipendenze patologiche territoriali (SerDP).

Nello specifico, le funzioni principali di cui la UASS è chiamata ad occuparsi, in sinergia con tutti i soggetti istituzionali di ambito distrettuale, sono:

- partecipare alla definizione e alla gestione della programmazione distrettuale delle attività finanziate con i diversi fondi regionali e nazionali dedicati alla rete dei servizi socio-sanitari ed in parte sanitari, anche attraverso progetti di promozione della salute e progetti di *welfare* comunitario;
- contribuire a garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio per le persone in situazione di fragilità socio-sanitaria o non autosufficienza (dimissioni protette);
- coordinare l’attività di unità di valutazione multidimensionale (UVM afferenti alle aree anziani, disabili, adulti, minori, gravissime disabilità acquisite), coinvolgendo i professionisti sanitari e i professionisti del servizio sociale territoriale;
- gestire le graduatorie di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari;
- autorizzare l’accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, secondo quanto previsto dalla programmazione annuale approvata in sede di comitato di distretto;
- garantire la raccolta e l’elaborazione dei dati sull’accesso alla rete socio-sanitaria e la puntuale implementazione del sistema operativo informatizzato aziendale (Sistema GARSIA - gestione accesso rete socio-sanitaria integrata automatizzata).

Ai professionisti della UASS è richiesta la competenza di saper utilizzare i margini di trattativa nelle situazioni negoziali e di saper progettare in maniera condivisa gli interventi e i percorsi, in quanto si configurano come *network manager* ovvero “curatori” delle reti, siano esse istituzionali, organizzative o professionali.

L’articolazione distrettuale della direzione attività socio-sanitarie nell’azienda USL di Bologna ha permesso di garantire coerenza con gli indirizzi aziendali e corrispondenza con l’attività dei dipartimenti, nonché specificità della programmazione ed attività distrettuale, nelle relazioni con gli enti locali afferenti ai sei diversi ambiti territoriali, garantendo equità e sviluppo delle progettualità aziendali, ma anche valorizzazione delle differenze e peculiarità distrettuali.

In relazione alle **comunità professionali**, giova anzitutto richiamare la necessità di sostenere investimenti relativi allo sviluppo di ruoli professionali fortemente integrati nelle comunità locali (es. infermiere di famiglia e di comunità, psicologo di comunità). Nel contempo, si rende parimenti necessario investire anche nella rivisitazione di ruoli professionali e gestionali preesistenti, così da orientarli in maniera pervasiva alle innovazioni in atto nei modelli assistenziali di prossimità. In tal senso, tra le azioni di innovazione che si rende necessario attuare per sviluppare la salute di prossimità rientra anche un'attenta gestione strategica del personale, fondata sulla definizione (prima) e sullo sviluppo (poi) dei ruoli chiave che fungono da veri e propri agenti del cambiamento, da declinare in termini di funzioni, responsabilità e competenze. Parimenti, lungo i lavori del Forum Prossimità CERISMAS si è riconosciuta la rilevanza non solo della dimensione individuale delle comunità professionali, ma anche e soprattutto collettiva, in modo da sostenere approcci multiprofessionali e multidisciplinari in cui i processi di formazione, comunicazione e condivisione delle informazioni assumono valenza strategica nel facilitare contemporaneamente la generazione di apprendimenti individuali e organizzativi. Nel Box 14 si presenta l'esperienza di sviluppo del ruolo di *middle management* della direzione di distretto attivata nella rete delle ASST, guidata da ATS Milano. Nel complesso, si tratta di promuovere capacità di "ingaggio" e di condivisione della visione e delle strategie delle innovazioni in atto con i diversi professionisti impegnati nei processi di cura ed assistenza lungo differenti *setting* assistenziali e nodi della complessiva rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Infatti, le innovazioni in cui si sostanzia la riorganizzazione dei servizi in prospettiva di prossimità e di comunità richiedono un profondo cambio di paradigma nei metodi e strumenti di lavoro, reso possibile solo all'interno di comunità professionali coese, motivate e che condividono il senso dei cambiamenti in atto. A titolo esemplificativo, nell'esperienza delle aziende aderenti al Forum si è evidenziato che tra le azioni facilitanti la creazione di comunità professionali propense al cambiamento si annoverano: processi di condivisione e co-costruzione dei nuovi modelli organizzativi, partecipati con i professionisti fin dalle prime fasi di ideazione; processi di ascolto attivo dei professionisti da parte del *top e middle management* in modo che, tenuto conto anche dei vincoli indotti dalle situazioni

di *labour shortage*, le nuove soluzioni possano essere concretamente fattibili sul piano della sostenibilità della vita lavorativa nella pratica quotidiana; attenzione ai processi di sviluppo delle competenze sia professionali (es. relazioni con pazienti e *care giver*, valutazione dei bisogni e *counseling*) sia comportamentali (es. comunicazione interna, *team work* e *team leadership*). Tale rinnovamento include anche l'ambito della salute mentale, così come evidenziato nell'esperienza del Polo Cassia 472 della ASL Roma 1 riportata nel Box 15.

Box 14 - Co-costruire il patrimonio informativo per la gestione delle micro-aree: attività di accompagnamento ai nuovi distretti nell'esperienza di ATS Milano

La legge regionale n. 22/2021 ha istituito in Regione Lombardia i distretti socio-sanitari, articolazioni organizzative afferenti alla direzione socio-sanitaria delle aziende socio-sanitarie territoriali (ASST) che, al fine di garantire un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento, assumono un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Per svolgere tali funzioni, il direttore di distretto necessita di un patrimonio informativo e di strumenti operativi che consentano di monitorare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e di valutare il grado di corrispondenza tra questi e la rete dei servizi presenti sul territorio, al fine di identificare aree di miglioramento o elementi di criticità da superare. Al contempo, l'agenzia di tutela della salute (ATS), nell'ambito del suo ruolo di programmazione, necessita di operare a stretto contatto con i direttori di distretto al fine di favorire l'integrazione dei percorsi, implementando logiche di committenza e di negoziazione coerenti con il bisogno e con la nuova articolazione organizzativa della rete d'offerta.

Dato il contesto organizzativo fortemente innovativo, ATS Milano Città Metropolitana ha avviato una progettualità seguita da un *team* operativo interdipartimentale. Il progetto prevede il rilascio di strumenti informativi mediante i quali i direttori di distretto possano monitorare le caratteristiche della rete di offerta, i processi e gli esiti di salute. Il rilascio dei portali è affiancato da un percorso di formazione e di accompagnamento all'utilizzo di tali strumenti rivolto ai direttori di distretto e al loro staff.

Gli strumenti informativi sviluppati dal servizio di epidemiologia di ATS Milano sono di due tipologie:

- *open access*: si tratta di tre portali che consentono a tutti gli interessati di prendere visione di oltre 900 indicatori legati allo stato di salute della

popolazione afferente al distretto, all'accesso alle prestazioni sanitarie e ai profili di salute;

- ad accesso riservato ai soli direttori strategici e di distretto: si tratta di schede predefinite di indicatori su diverse aree di interesse, tra cui le performance relative ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dell'ambito territoriale di riferimento.

Nell'ambito dell'iniziativa formativa che segue il rilascio dei portali, i discenti vengono accompagnati nella lettura degli indicatori contenuti negli strumenti descritti e nell'individuazione di azioni correttive, mediante sessioni di lavoro operative e tematiche che vedono impegnati in aula i servizi competenti di ATS. Al termine del percorso formativo, ci si attende che il direttore di distretto conosca in modo approfondito i portali sviluppati da ATS e sia in grado di utilizzare le informazioni disponibili per prendere decisioni ed intraprendere azioni "informate" nel distretto di competenza, monitorare attività ed esiti delle attività implementate, impostare attività di *audit* con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nonché effettuare attività di *benchmarking* con gli altri distretti. Se questa prima progettualità formativa è volta ad assicurare uno sviluppo coerente dei distretti socio-sanitari nel territorio di ATS, mediante la condivisione e il monitoraggio di *target* su percorsi condivisi, ci si attende che questi incontri periodici offrano un ambito di confronto per i direttori di distretto che possa portare all'avvio di ulteriori progettualità condivise.

Box 15 - Il Progetto Curare@Casa relativo alla salute mentale nell'esperienza del Polo Cassia 472 della ASL Roma 1

Negli ultimi anni, nell'ambito della salute mentale, si è assistito ad un cambiamento dello scenario clinico-epidemiologico con quadri clinici nuovi e complessi, quali i *co-occurring disorder* (disturbi da uso di sostanze, disturbi psichiatrici, disturbi del neuro-sviluppo e disturbi della regolazione) che rappresentano un enorme carico gestionale per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e famigliari e pongono nuove sfide in termini sia di prevenzione sia di trattamento. Poiché nell'organizzazione territoriale aziendale non esisteva un unico servizio a cui far convergere la presa in carico di questi quadri clinici, è emerso un vuoto organizzativo rispetto alla necessità di una risposta unica ed omogenea, in linea con i processi di integrazione socio-sanitaria fortemente incoraggiati dal PNRR. Al fine di colmare tale *gap*, è nato il Polo unico di via Cassia 472.

L'esperienza di configurazione del Polo unico di via Cassia 472 è centrata su un cambiamento dell'organizzazione e della prassi con l'obiettivo di rispondere a bisogni complessi attraverso la costruzione di una modalità di lavoro fortemente integrata tra la ASL (nelle sue articolazioni del dipartimento di salute mentale e dei distretti, quali il punto unico di accesso, il servizio disabili adulti, il consultorio, le centrali operative e le case della comunità) e il Municipio. Il Polo si propone di diventare un servizio in grado di intercettare più precocemente i *co-occurring disorder*, così da attivare un percorso di presa in carico integrata da parte dei servizi di competenza, che migliori la prognosi dei disturbi e riduca i rischi di cronicizzazione. In tal senso, la valorizzazione della rete integrata presente sul territorio rappresenta, in ambito urbano, la risposta più prossima a un bisogno emergente di salute tanto dei singoli cittadini quanto della comunità cui essi fanno riferimento.

Più nel dettaglio, gli obiettivi operativi sono: (1) facilitare l'accesso unitario ai servizi, migliorando la capacità di intercettare in maniera più pervasiva e precoce i *co-occurring disorder*; (2) indirizzare i pazienti con comorbidità ad un percorso di cura integrata da parte dei servizi di competenza, garantendo la continuità e favorendo la comunicazione ed il coordinamento tra i servizi (*open community*) così da migliorare la prognosi e ridurre la cronicizzazione; (3) costruire una "rete dell'abitare", caratterizzata da processi di integrazione tra il dipartimento di salute mentale e il distretto fondati su progetti di interventi domiciliari che favoriscano l'autonomia, l'*empowerment* e la permanenza nel proprio ambiente di vita dell'utente; (4) informare i possibili *stakeholder* (quali medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, scuole) per migliorare la gestione della domanda, sperimentare modalità innovative di informazione dall'utenza giovanile (unità di strada, "meta"), utilizzare la tecnologia informatica per favorire processi di *community building* per la promozione della salute e la prevenzione della malattia nelle diverse reti della comunità.

L'accesso unico ed integrato prevede sia la fase di transizione (primo *triage* effettuato dal *team* assistente sociale ed infermiere) che accompagna il paziente al percorso/servizio più idoneo sia la fase di presa in carico con la costituzione di un *team* di presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale in base alla specifica combinazione del quadro psico-patologico (quali neuropsichiatra infantile, psichiatra, tossicologo, esperto nei disturbi del comportamento alimentare) e delle eventuali esigenze sociali. Nel complesso, si valorizza il ruolo del *case manager* per erogare un trattamento integrato unitario da parte delle varie figure professionali coinvolte (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo e tecnico della riabilitazione psichiatrica), tenendo immediatamente in considerazione tutte le necessità del paziente.

Allo stato attuale, è stata già finalizzata la fase di formazione e informazio-

ne di tutti gli attori coinvolti e la presa in carico integrata attraverso il punto unico di accesso del Polo ha avuto luogo in un periodo pilota di oltre 4 mesi. La creazione della nuova Casa di Comunità Cassia 472 permetterà un'ulteriore accelerazione della realizzazione progettuale e la possibilità di intervento su ulteriori *target*.

Infine, occorre prefigurare veri e propri processi di **trasformazione digitale** fondati sulla creazione e diffusione di un ecosistema informativo integrato che possa agire, con efficacia e sicurezza, a livello sia organizzativo sia professionale. Nell'esperienza delle aziende aderenti al Forum, a livello organizzativo occorre anzitutto promuovere la capacità di prefigurare, progettare ed attuare soluzioni tecnologiche innovative che sostengano lo sviluppo di processi di prossimità digitale, a partire dalla capacità di analizzare i bisogni delle comunità locali integrando analisi sanitarie e valutazioni sociali e garantendo agili processi di *fine tuning* nell'analisi delle informazioni indispensabili per governare la salute nelle micro-aree. A tale proposito, si veda il Box 16 in cui si riporta l'esperienza della ASL Roma 1 relativa all'attivazione di nuclei di intelligenza epidemiologica prossimi alle comunità distrettuali. A livello professionale, occorre cogliere tutte le opportunità offerte dai processi di digitalizzazione per sostenere processi di condivisione di informazioni relative non solo ai bisogni espressi, ma anche emergenti, indispensabili per agire proattivamente logiche assistenziali ispirate ai paradigmi di medicina di iniziativa, di natura multidimensionale (ovvero clinici, assistenziali e sociali) e ai vari livelli di intervento (*intra* ed *inter-setting*, anche in prospettiva di *transitional care*). Naturalmente, tra queste determinanti di innovazione rientra anche la necessità di sistematizzare la gestione delle numerose esperienze di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio che, in seguito all'impulso indotto dalla pandemia, offrono una preziosa opportunità per realizzare efficaci pratiche di presa in carico, prossime alle comunità locali e, nel contempo, integrate nella governanace dei processi aziendali. A titolo esemplificativo, le pratiche riportate nei Box 17 e 18 evidenziano rispettivamente l'esperienza di ridisegno dell'ecosistema digitale in Regione Lombardia e quella di attivazione della cartella clinica territoriale informatizzata nella ASL Napoli 1 Centro.

Box 16 - Il Nucleo di Intelligenza Epidemiologica nell'esperienza della ASL Roma 1

L'emergenza pandemica ha confermato la validità dei principi strategici ed operativi del modello *Value Based Healthcare*, evidenziando il ruolo determinante della prevenzione, della diagnosi e della multidisciplinarietà, nonché l'importanza delle reti e la necessità di un'assistenza integrata. Inoltre, ha messo in luce le potenzialità della medicina digitale e della sorveglianza e analisi epidemiologica su dati *real world*, per valutare l'efficacia di interventi e trattamenti sanitari. In accordo con quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal DM 77/2022 e dalla normativa di riferimento regionale, è sempre più necessaria l'istituzione di una rete assistenziale in grado di rispondere in modo continuativo ai molteplici bisogni di salute della popolazione, secondo un approccio centrato sulla persona al fine di assicurare omogeneità di trattamento, trasparenza ed equità nell'accesso alle cure per i propri assistiti e di agire strumenti di facilitazione della dimissione dai *setting* ospedalieri verso il territorio in un'ottica di armonica continuità della presa in carico.

Affinché tutto ciò sia possibile, la ASL Roma 1 ha definito un processo di *re-purposing* e *reshaping* delle centrali operative, così come previste dal DM 77, per adattare alla complessità urbana metropolitana di un'azienda sanitaria con caratteristiche peculiari quali un elevato indice di anzianità, superiore a quello nazionale, una produzione diretta molto minore di quella non diretta, una percentuale di famiglie mono-personali pari alla metà del totale. L'elemento cardine della ridefinizione dei contenuti operativi della filiera delle centrali della Roma 1, già descritta in un Box precedente, rispetto a quanto previsto dal DM 77, è stato proprio la creazione di un Nucleo di Intelligenza Epidemiologica che ha l'obiettivo di:

- fornire un supporto strategico per il governo del distretto e per la programmazione degli interventi di prossimità che faccia leva sulla stima dei bisogni assistenziali e socio-assistenziali (analisi della domanda, dell'offerta e del contesto), sia espressi sia inespressi, per permettere l'ottimizzazione delle strategie di erogazione dei servizi e presa in carico comunitaria;
- sviluppare omogeneamente nei 6 distretti dell'azienda e mettere a disposizione della popolazione tutta una capacità analitica del contesto urbano metropolitano in linea con i concetti di epidemiologia di prossimità e territorializzazione;
- definire un processo di miglioramento continuo dell'assistenza attraverso il monitoraggio dei processi e degli esiti di salute in un'ottica di costruzione di valore.

La capacità di eseguire valutazioni a partire da flussi informativi sanitari e di integrare le competenze epidemiologiche con quelle di *urban health* permette una differenziazione delle strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico globale degli assistiti e delle comunità sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e del consumo di risorse. Integrare questa attività e capacità a livello distrettuale rappresenta una sfida *disruptive*.

L'istituzione del Nucleo di Intelligenza Epidemiologica, come funzione distrettuale e al contempo aziendale, ha consentito di mettere in atto molteplici attività, tra cui:

- processi e analisi di stratificazione della popolazione per meso- e micro-aree e per fasce omogenee in termini di bisogni assistenziali e socio-assistenziali;
 - definizione dei bacini di utenza delle case della comunità;
 - analisi e programmazione dei possibili scenari di azione per le zone carenti di medici di medicina generale;
 - processi di identificazione e azioni volte a favorire la presa in carico dei *frequent user* assistiti che accedono ripetutamente ai servizi di pronto soccorso dei presidi ospedalieri presenti sul territorio;
 - definizione di un set di indicatori standard per il monitoraggio di processo e di esito del modello delle centrali operative e della *transitional care*.
-

Box 17 - Ecosistema informativo e principi di ridisegno dei sistemi informativi in ottica di integrazione nell'esperienza di Regione Lombardia

La disponibilità di sistemi informativi moderni ed efficienti e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative rappresentano elementi fondamentali per supportare la concreta attuazione di un nuovo modello di gestione dei servizi socio-sanitari, nonché per favorire lo sviluppo dei servizi territoriali e la fattiva integrazione tra questi e i servizi ospedalieri. Con la DGR XI/5872 del gennaio 2021, la U.O. Sistemi Informativi della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha messo in evidenza la necessità di progettare e realizzare un nuovo ecosistema digitale regionale che potesse supportare l'erogazione dei servizi socio-sanitari sul territorio, rendendo disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione dei processi delle case della comunità e delle centrali operative territoriali, coinvolgendo i nuovi attori del processo assistenziale, integrando i servizi e valorizzando tutte le risorse a disposizione del sistema, anche attraverso un nuovo modello informativo basato sulla disponibilità di dati in tempo reale.

Tra gli interventi individuati come elementi fondamentali del nuovo ecosistema digitale regionale rientra la progettazione e implementazione di un nuovo sistema per la gestione digitale del territorio (SGDT) che rappresenta la soluzione applicativa unica e centralizzata messa a disposizione da Regione Lombardia per supportare gli Enti nell'attuazione dei processi integrati ospedale-territorio e nel concreto funzionamento delle case della comunità e delle centrali operative territoriali. Per la realizzazione del progetto "SGDT" la Giunta Regionale ha stanziato 10 milioni di euro, finalizzati al finanziamento di tutti i servizi di analisi, progettazione e sviluppo applicativo, dei servizi professionali necessari a supportare l'attuazione del progetto e la diffusione della trasformazione digitale dei processi in tutti gli enti coinvolti.

A regime il sistema SGDT sarà in grado di garantire, oltre alle funzionalità generali amministrative e di collaborazione/comunicazione tra gli operatori, funzioni di: accettazione, assegnazione dei pazienti alle *équipes*, valutazione multidimensionale, gestione della registrazione del consenso *privacy* al trattamento dati, gestione del progetto individuale di assistenza, prescrizioni, prenotazione e attivazione di servizi, riassegnazione della presa in carico territoriale, servizio di gestione del catalogo di unità di offerta, monitoraggio dell'attuazione del progetto individuale, diario multidisciplinare, rendicontazione delle attività svolte, gestione e monitoraggio dei servizi di telemedicina. Le prime funzioni di SGDT sono state messe a disposizione degli Enti già dall'inizio del 2022. Tutte le case della comunità e le centrali operative territoriali attive in Regione Lombardia stanno utilizzando il sistema, in alcuni casi evidenziandone alcune criticità in ottica collaborativa, ma complessivamente apprezzando la possibilità di lavorare su un sistema comune, utile sia per la collaborazione tra Enti che per la collaborazione con altre Amministrazioni (es. Comuni, Uffici di Piano).

Box 18 - La cartella clinica territoriale informatizzata nell'esperienza della ASL Napoli 1 Centro

L'impiego della cartella clinica ospedaliera informatizzata è ormai entrato nella pratica quotidiana, mentre l'utilizzo di un analogo strumento a livello territoriale non è altrettanto diffuso, con l'effetto di generare una molteplicità di documenti della più svariata natura. Per ovviare ai limiti derivanti dalla produzione di documenti eterogenei, non agevolmente accessibili e fruibili digitalmente, sul finire del 2022 la ASL Napoli 1 Centro ha acquisito una soluzione informatica finalizzata a migliorare la gestione dell'assistenza territoriale e la presa in carico globale del paziente, con l'obiettivo di definire un strumento aziendale

unico in cui far confluire la documentazione prodotta dalle strutture operanti nei molteplici *setting* dell'assistenza territoriale (poliambulatori, speciale unità di accoglienza permanente, assistenza domiciliare, *hospice*, residenze sanitarie assistenziali, strutture intermedie residenziali, ecc.). La cartella territoriale informatizzata sarà integrabile con il fascicolo sanitario elettronico e con le cartelle cliniche ospedaliere, in modo da sviluppare un flusso continuo bidirezionale di informazioni tra ospedale e territorio e ridurre la frammentarietà nei percorsi integrati, garantendo la continuità della gestione dei pazienti dimessi dagli ospedali nelle fasi post acuzie e nel trattamento della cronicità. Il sistema metterà a disposizione tutta la documentazione sanitaria generata in qualsiasi punto della filiera assistenziale. La documentazione, opportunamente conservata nel rispetto delle normative vigenti in materia, potrà essere accessibile al paziente e ai medici su autorizzazione del paziente stesso, alimentando un *repository* unico del paziente.

Muovendo da una struttura logica di partenza e coinvolgendo i professionisti del territorio operanti sia in strutture ambulatoriali sia residenziali e semi-residenziali, sono stati progressivamente messi a fuoco i campi della cartella territoriale, che verranno diversificati in funzione del *setting* assistenziale. Particolare attenzione è stata posta alla documentazione dei pazienti cronici e presi in carico con percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), per consentire di monitorarne la numerosità e di migliorare la definizione dei profili di salute della popolazione e le conseguenti azioni di programmazione aziendale.

L'utilizzo della documentazione sanitaria territoriale informatizzata è in corso di avvio e sarà progressivamente ampliato a tutte le strutture aziendali; attualmente, si stanno approfondendo aspetti rilevanti relativi alla gestione della *privacy* e dei consensi per l'utilizzo di dati sensibili.

VI. Determinanti istituzionali della salute di prossimità nelle aree metropolitane

L'esperienza di ricerca-azione sviluppata nell'ambito del Forum CERISMAS ha consentito di enucleare anche alcuni fattori istituzionali che possono condizionare significativamente i processi di cambiamento da attivare, in prospettiva di prossimità, nelle aree metropolitane. In particolare, si distinguono: (i) da un lato, alcuni elementi indispensabili, che fungono da veri e propri pre-requisiti istituzionali, in assenza dei quali risulta difficile poter avviare un'efficace riorganizzazione dell'assistenza in prospettiva di salute di prossimità; (ii) dall'altro lato, una serie di fattori agevolanti, che possono agevolare i processi di cambiamento attesi.

Muovendo dai pre-requisiti, i lavori del Forum hanno evidenziato che il tema della *privacy* e il ruolo dei professionisti in convenzione assumono particolare preminenza. Con riferimento al primo aspetto, si è condivisa 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 della *privacy*. 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, dell'utilizzo dei propri dati. Stanti i molteplici provvedimenti e pareri emessi di recente dal Garante per la Protezione dei Dati Personali (GPDP) sulle proposte regionali e aziendali in tema di sanità d'iniziativa, fondati anche sulla stratificazione dei bisogni di salute dei cittadini, con obiettivi di identificazione di *cluster* di bisogni o profili di rischio a cui applicare iniziative di chiamata attiva, si propone di intraprendere un tavolo interistituzionale volto a promuovere un dibattito pubblico e politico sul tema.

Con riferimento al secondo aspetto, le esperienze condivise nel

Forum evidenziano la necessità di accompagnare un adeguamento del ruolo dei **professionisti in convenzione** (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali) in coerenza con i nuovi elementi caratterizzanti l'assistenza territoriale in prospettiva di prossimità.

Passando ai fattori agevolanti, lungo i lavori del Forum sono emersi quattro aspetti. In primo luogo, è emersa l'opportunità di promuovere, a livello istituzionale, la realizzazione di un vero e proprio **ecosistema informativo e tecnologico digitale**, fondato su sistemi e piattaforme comuni sovra-aziendali, a cui interconnettere le soluzioni aziendali.

In secondo luogo, si è evidenziato che, al fine di attuare una concreta prospettiva di presa in carico del bisogno degli assistiti facendo leva sulla rete delle risorse di prossimità, è necessario evolvere da una modalità di **tariffazione** per prestazione ad una modalità di tariffazione per percorsi di cura e assistenza, con un riconoscimento basato sul conseguimento di esiti clinici e di aderenza al percorso. Parimenti, i sistemi di **accreditamento, acquisto e controllo** nei confronti degli erogatori dovrebbero evolvere da logiche prevalenti di governo dei tetti di spesa ad approcci di presa in carico che includano anche sistemi di governo dell'appropriatezza dell'offerta (es. definizione di pacchetti di attività profilati per aree di bisogno e valutati in termini di efficacia ed efficienza delle cure e dell'assistenza offerta).

In terzo luogo, è emersa la necessità di investire in vere e proprie politiche istituzionali di **istruzione universitaria di base, reclutamento, formazione continua e sviluppo dei professionisti**, specie nei contesti delle aziende pubbliche, non solo per fronteggiare le carenze legate alle dinamiche di *labour shortage*, ma anche per soddisfare le necessità di *re-skilling* e *up-skilling* anzitutto relative alle competenze relazionali e digitali, indispensabili per realizzare risposte non solo di prossimità fisica, ma anche relazionale e digitale.

Da ultimo, si è evidenziata la rilevanza dei processi di assegnazione degli **obiettivi annuali** dei direttori generali. Per poter promuovere e accelerare pervasivi approcci di prossimità, è necessario che i percorsi e gli interventi da avviare in ambito territoriale abbiano la stessa "dignità" delle performance da agire nei presidi ospedalieri. In particolare, dai lavori del Forum è emersa la rilevanza di rafforzare i sistemi di valutazione degli esiti dell'assistenza territoriale.

VII. 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 ed agire i sistemi manageriali ai vari livelli organizzativi.

Il processo di riflessione interaziendale e sovra-regionale, maturato lungo l'esperienza del Forum Prossimità CERISMAS relativa alle aree metropolitane, ha confermato 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 le aree metropolitane, dai lavori del Forum è emersa la necessità di evitare la mera applicazione meccanicistica di modelli e strumenti operativi standard. Al contrario, prefigurare ed agire il *management* della prossimità nelle aree metropolitane significa saper contemporaneamente (ri)conoscere ed interpretare la molteplicità delle variabili caratterizzanti i diversi contesti a livello aziendale, distrettuale e sub-distrettuale, alla ricerca di molteplici configurazioni erogative adatte ai diversi contesti locali. Solo riconoscendo tale flessibilità manageriale è possibile identificare ed attuare soluzioni agili e dinamiche nel promuovere il passaggio da logiche erogative prestazionali ad approcci reticolari ed integrati di presa in carico, nonché mettere in atto processi di iniziativa in cui la risposta ai bisogni dichiarati si coniuga

con la capacità di intercettare i bisogni sommersi. Le riflessioni metodologiche sintetizzate in questo lavoro, corredate dalle casistiche applicative presentate, offrono una concreta evidenza degli approcci seguiti sino ad ora dalle quattro aziende metropolitane nell'ideare, progettare ed avviare il percorso di cambiamento verso la salute di prossimità. Nel contempo, CERISMAS e le aziende aderenti al tavolo di lavoro intendono proseguire il confronto avviato, mantenendo attivo l'approccio socio-costruzionista di condivisione e monitoraggio continuo delle innovazioni aziendali relative alla salute di prossimità nelle aree urbane.

Infine, le riflessioni emerse nel corso dei lavori hanno consentito di tratteggiare alcune determinanti istituzionali che possono abilitare o facilitare la prefigurazione e l'attuazione di cambiamenti volti ad una efficace salute di prossimità. Allo stato attuale, tali fattori sono stati identificati con una distinzione tra pre-requisiti (ovvero condizioni abilitanti indispensabili) e fattori agevolanti (driver di facilitazione relativi alle complesse dinamiche in atto). 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.

Indice dei Box

Box 1 - Disambiguare il concetto di equità in sanità

Box 2 - Pratiche di segmentazione sanitaria e sociale dei bisogni della popolazione della ASL Napoli 1 Centro

Box 3 - Pratiche di intervento indirizzate a gruppi di popolazione *target* nell'esperienza di ATS Milano Città Metropolitana

Box 4 - Le micro-aree nella visione dell'AUSL di Bologna

Box 5 - *Community Lab* per la co-costruzione della casa della comunità di Crevalcore della AUSL di Bologna

Box 6 - Intervenire nelle micro-aree nella città metropolitana di Milano: l'esperienza "Rogoredo, l'unione fa la forza"

Box 7 - Interpretare la *mission* delle case e degli ospedali di comunità nel contesto della città metropolitana nell'esperienza di ATS Milano

Box 8 - L'attivazione dell'ambulatorio dell'obesità infantile nei Distretti Sanitari della ASL Napoli 1 Centro

Box 9 - Il Progetto Salute@Casa "Il lavoro di comunità e la rete di prossimità per un benessere consapevole e sostenibile" nell'esperienza della ASL Roma 1

Box 10 - Il modello delle centrali operative nell'esperienza della ASL Roma 1

Box 11 - *I team* per la transizione e lo sviluppo di progetti di presa in carico nell'esperienza della AUSL di Bologna

Box 12 - *L'équipe* multiprofessionale delle cure palliative nell'esperienza della ASL Napoli 1 Centro

Box 13 - La funzione di integrazione socio-sanitaria agita dalle unità di attività socio-sanitarie nell'esperienza della AUSL di Bologna

Box 14 - Co-costruire il patrimonio informativo per la gestione delle micro-aree: attività di accompagnamento ai nuovi distretti nell'esperienza di ATS Milano

Box 15 - Il Progetto Curare@Casa relativo alla salute mentale nell'esperienza del Polo Cassia 472 della ASL Roma 1

Box 16 - Il Nucleo di Intelligenza Epidemiologica nell'esperienza della ASL Roma 1

Box 17 - Ecosistema informativo e principi di ridisegno dei sistemi informativi in ottica di integrazione nell'esperienza di Regione Lombardia

Box 18 - La cartella clinica territoriale informatizzata nell'esperienza della ASL Napoli 1 Centro

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
- Cattacin S., Chiarenza A., Domenig D. (2013), Equity standards for health-care organisations: a theoretical framework, *Diversity and Equality in Health and Care*, Vol.10, pp. 249-258
- 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
- Connolly J. (2006), *Responding to open drug scenes and drug-related crime and public nuisance – towards a partnership approach*, Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe
- 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, Milano: FrancoAngeli
- Galea S., Vlahov D. (2005), Urban Health: Evidence, Challenges, and Directions, *Annual Review of Public Health*, Vol.26, pp. 341-365

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

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

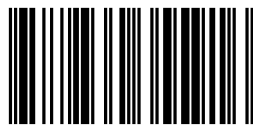
Whitehead M. (1992), The concepts and principles of equity in health, *International Journal of Health Services*, Vol.22, N.3, pp. 429-45

Il Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) è un'associazione senza scopo di lucro costituita 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.



9788834355916



VITA E PENSIERO

Progetto: studio grafico Andrea Musso