

La gestione strategica della sanità territoriale alla luce del DM 77: il caso dell'AUSL di Piacenza

Anna Maria Andena, Emanuele Antonio Vendramini, Luca Malvermi, Paola Bardasi, Serena Caprioli, Isabella Tagliaferri*

Il presente contributo intende presentare lo stato dell'arte e le specificità del processo di innovazione in atto presso l'AUSL di Piacenza alla luce della Missione 6 del PNRR e del DM 77. L'obiettivo è quello di evidenziare quale sia il punto di partenza della sanità piacentina anche alla luce della recente pandemia ma soprattutto quali siano i contenuti di responsabilità e gli strumenti implementati sul territorio. In tal senso vengono analizzate anche le variabili critiche complesse che rappresentano una delle dimensioni di governo del territorio come per esempio la responsabilizzazione dei Medici di Medicina Generale, il loro coinvolgimento nelle nuove Case della Comunità (anche alla luce dell'esperienza delle preesistenti Case della Salute). In conclusione si intende approfondire la visione aziendale in vista del 2030 e quindi quale sia il "sogno" per una sani-

tà sempre più orientata verso un approccio ONE Health.

Parole chiave: innovazione, equità dell'accesso, ONE Health, cure primarie, DM 77.

Implementing the Law 77: strategic management for primary care at the Local Healthcare Unit of Piacenza

This paper aims to present and discuss the innovation that the Local Healthcare Authority of Piacenza put in place regarding primary and intermediate care. It presents the historical background and the starting point right after the Covid-19 pandemic and according to the Next Generation EU program and the new Law number 77. The goal of this contribution is to present the management of innovation the complexity of managing chronic patients and the challenges in making GPs accountable and more and more involved managing clinical pathways. At the end of the paper the Local Healthcare Authority of Piacenza presents its 2030 Vision and its Dream – the Sogno – so to never stop improving the quality of care and having a ONE Health approach.

Keywords: innovation, equity of access, ONE Health approach, primary care.

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Presentazione azienda
3. Fotografia della rete territoriale ante DM 77
4. DM 77: lo stato di attuazione
5. Il piano di sviluppo dell'assistenza territoriale per il prossimo triennio
6. Conclusione

* Anna Maria Andena, AUSL Piacenza, Direttore di Distretto Città di Piacenza e Direttore Dipartimento Cure Primarie.

Emanuele Antonio Vendramini, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Luca Malvermi, Ausl Piacenza.

Paola Bardasi, Direttore Generale AUSL Piacenza.

Serena Caprioli, staff direzione AUSL Piacenza.

Isabella Tagliaferri, Staff Direzione AUSL Piacenza – Programmazione e controllo.

Articolo sottomesso: 24/09/2024,
accettato: 04/10/2024

1. Introduzione

L'approvazione del Decreto Ministeriale 77 del 2022 rappresenta per il Servizio Sanitario Nazionale un momento di particolare importanza e si inserisce in un contesto in cui gran parte dei Paesi europei hanno implementato dei processi di sviluppo della rete dei servizi territoriali (WHO, 2023). A valle dell'approvazione del Decreto e parallelamente all'attuazione delle varie fasi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) le differenti Regioni hanno iniziato un percorso che necessariamente ha dovuto seguire le logiche di gestione dell'innovazione e del cambiamento per una transizione verso gli standard definiti a livello normativo (Bobini *et al.*, 2022). Diversi sono gli obiettivi di questo processo di riforma: da un lato ridurre la frammentazione del sistema (Dahl 1961) dall'altro aumentare l'efficacia e l'equità della presa in carico attraverso una sanità di prossimità (Vendramini, 2024). La visione di fondo è quindi quella di ripensare i processi di presa in carico, o forse, meglio, di presa in cura ripensando logiche spesso a silos che caratterizzano le differenti realtà della sanità italiana. La gestione del paziente cronico, poli patologico, richiede infatti un sistema integrato e un ripensamento dell'organizzazione dei professionisti coinvolti con una attenzione particolare alle professioni sanitarie e ai medici convenzionati questo grazie anche agli strumenti e ai nuovi setting assistenziali definiti dalla riforma, siano essi le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità.

Stante gli spazi autonomia che connotano i differenti sistemi sanitari regionali e quindi il mondo delle aziende sanitarie (Longo *et al.*, 2023, Borgonovi 2005) questo articolo si vuole soffermare sulle scelte adottate all'interno del perimetro istituzionale della Regione Emilia Romagna alla luce della specificità della provincia di Piacenza, realtà di confine con altre Regioni e dal contesto sia cittadino sia tipico delle aree interne dell'appennino.

2. Presentazione azienda

L'azienda USL di Piacenza pesa su un territorio coincidente con la **provincia di Piacenza**, con una popolazione residente di 287.953 **abitanti**, distribuiti in **46 Comuni** e suddivisi in **3 Distretti socio-sanitari (Levante, Ponente e Piacenza città)**. La provincia confina a nord con la Lombardia, a ovest ancora con la Lombardia e con il Piemonte, a est con la provincia di Parma e a sud con la Liguria. La stessa copre un'area di 2589 Km², la distribuzione della popolazione non è omogenea in tutte le aree della provincia con maggior concentrazione in quelle di pianura e pedecollinari e una maggior dispersione nelle aree montane e collinari. La percentuale di popolazione assistita over 65 anni è pari al 25% e l'indice di vecchiaia complessivo, ossia il rapporto tra over 65 anni e under 14, è pari a 202,1 (dati aggiornati al 31/12/2023), maggiore nel Distretto di Levante (211). La **rete ospedaliera aziendale**, che si caratterizza per la specializzazione degli stabilimenti e per la differenziazione degli ambiti per intensità di cura, è costituita dai presidi di:

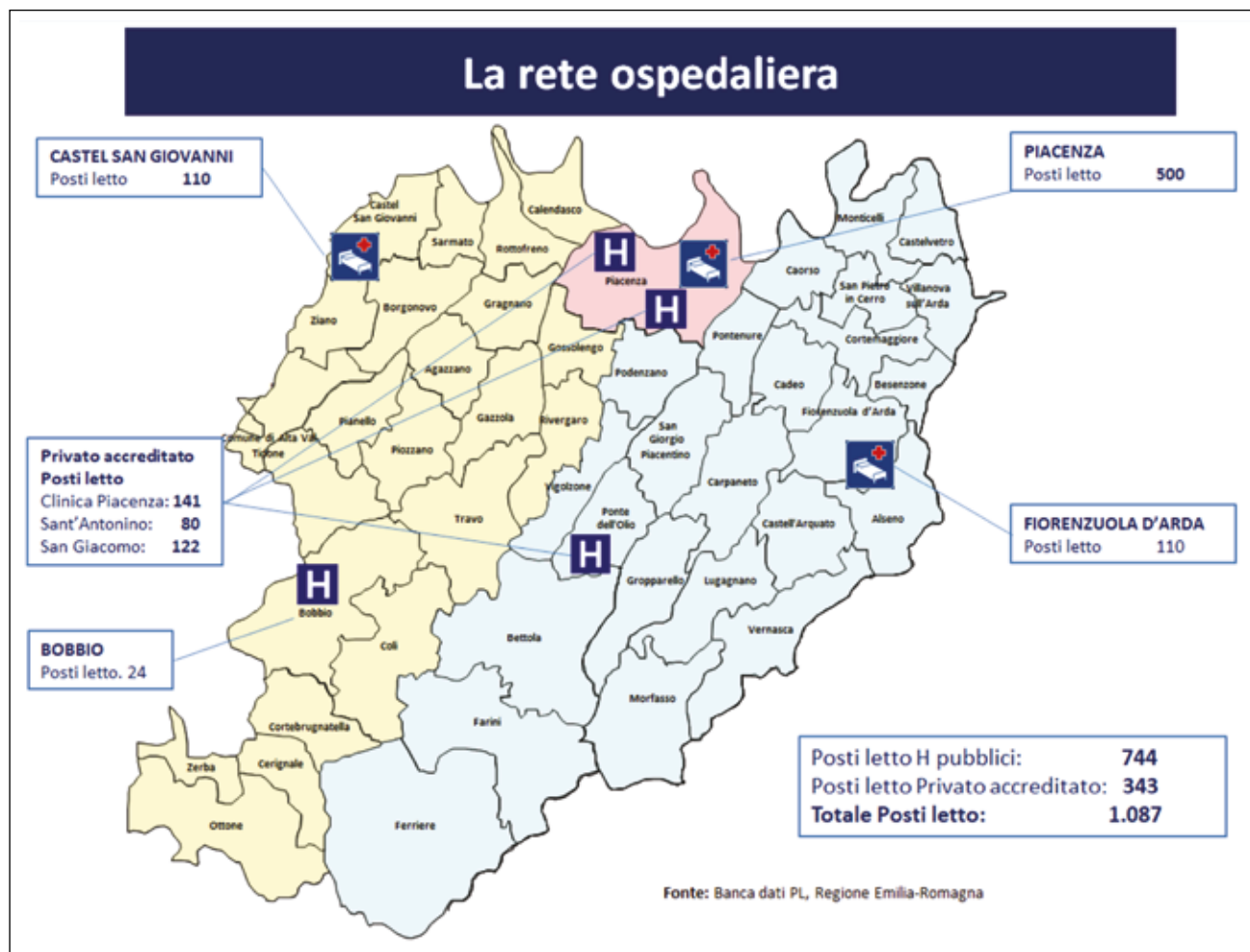
- **Piacenza**: il presidio si caratterizza come HUB dell'Azienda anche per la presenza del Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione

(DEA) di I livello e di tutte le discipline specialistiche destinate alla presa in carico dei soggetti critici o complessi, della chirurgia maggiore e/o specialistica, della cardiologia interventistica, della diagnostica di secondo e terzo livello, anche di neuroradiologia diagnostica;

- **Fiorenzuola:** ospedale a vocazione riabilitativa, con orientamento a valenza regionale per la specialità riabilitativa e gravi cerebrolesioni, con presenza tuttavia di reparti di medicina e lungodegenza. Previsto lo sviluppo di area chirurgica dedicata alla day surgery;

- **Castel San Giovanni:** “ospedale della donna”, si caratterizza per la presa in carico delle condizioni cliniche genere-specifiche, della cardiologia riabilitativa provinciale, nonché per la chirurgia week surgery, anche sulla specialità di ortopedia, con un progetto di collaborazione con Istituto Rizzoli;
- **Bobbio:** “ospedale di montagna” che accoglie anche servizi territoriali quali Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), consultorio ostetrico-ginecologico, servizi vaccinali per infanzia adolescenza ed età adul-

Fig. 1
La rete di offerta della azienda USL di Piacenza



ta, Pediatria di Libera Scelta, dipartimento di salute mentale. Questo presidio rappresenta un esempio di rafforzamento fattivo della integrazione fra ospedale e territorio, dove spazi e servizi sono pensati in rete, una esperienza che già è in grado di raccontare i primi risultati;

- **Rete di degenza del privato accreditato:** ospita alcune branche chirurgiche, aree lungodegenziali e riabilitative.

Già dal 2018, alla luce della diffusione dei Piani Nazionale e Regionale della cronicità, la visione strategica di sviluppo delle strutture territoriali dell'Azienda si è concentrata sulla progressiva presa in carico dei pazienti con patologia cronica e sui servizi sanitari domiciliari per le condizioni di fragilità. Per questo motivo anche dove non erano ancora presenti CdS/CdC, in spazi poliambulatoriali dedicati si sono sviluppati 9 ambulatori infermieristici pre-stazionali, 12 ambulatori della cronicità

e 12 équipe ADI a garanzia dell'assistenza infermieristica e dell'integrazione con i medici di scelta di tutta la provincia. Il rationale di questa strategia vede nei principi di equità di offerta la sua origine. Relativamente alla Medicina Generale (ora definita Ruolo Unico di Assistenza Primaria), l'Azienda opera mediante 179 medici di famiglia (MMG), che assistono complessivamente, tra scelte in deroga e scelte residenti, una popolazione pari a 258.577 unità, e 32 Pediatri di Libera Scelta (PLS) per una popolazione di 31.970 unità. Presenti sul territorio 29 medici di Continuità Assistenziale (CA) incaricati e 54 medici presso i **Centri di Assistenza e Urgenza (CAU)** a garanzia dell'erogazione in quota oraria della continuità dell'assistenza e della presa in carico di bisogni urgenti a criticità/complexità medio-bassa. Infatti, la garanzia della continuità dell'assistenza è un altro elemento fondante le scelte strategiche dell'Azienda; perciò per presidiare la continuità di cura, favorire

Tab. 1 – Attività erogata nei CAU dall'apertura al 31 agosto 2024

	Piacenza	Bobbio	Podenzano	Fiorenzuola
Accessi totali ad AGO/24	22670	3109	3132	3663
Esito invio curante	91,3%	85.1%	94.7%	89.9%
Esito ricovero	0.7%	4.2%	0%	2.1%
Esito trasf. a PS	0%	8.8%	4.9%	4.3%
Orario maggior accesso	8-14	8-14	14-20	8-14
Tempo attesa medio min	112	18	4	45

Tab. 2 – Utenza per fascia di età

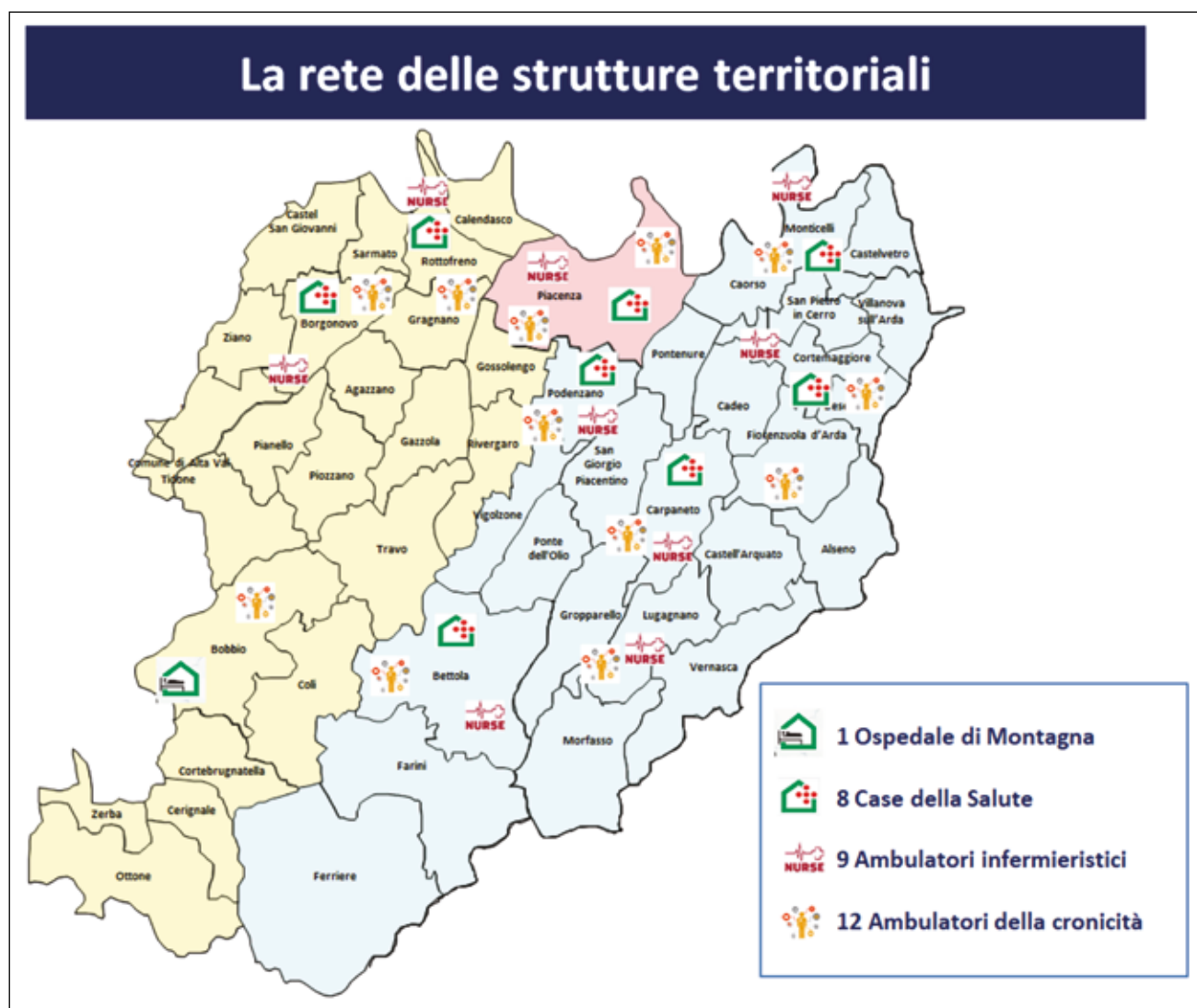
	Piacenza	Bobbio	Podenzano	Fiorenzuola
Età<18 anni	6.2%	8.1%	7.5%	6.4%
Età 18-64 anni	76.4%	46.3%	64.4%	65.5%
Età 65-74 anni	8.2%	17.2%	12.9%	11.5%
Età>75 anni	9.3%	28.4%	15.2%	16.7%

l'integrazione ospedale/territorio e la definizione di luoghi appropriati per la cura degli utenti in base alla caratteristiche di criticità e complessità, la pianificazione aziendale ha previsto, sulla base della **DGR 1206/2023**, la progressiva diffusione dei CAU – approvata in Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria il 14/09/2023 – presso le strutture di Piacenza, Bobbio, Podenzano e Fiorenzuola; realizzando due reti distinte,

DEA e CAU, per dare risposte differenziate e adeguate ai differenti bisogni acuti. Il Dipartimento delle Cure Primarie ha il compito di delineare, pianificare e istituire i CAU presidiando anche il profilo di formazione necessario ai professionisti in ottemperanza alle indicazioni regionali.

Dal dicembre 2023 a oggi questi presidi assistenziali hanno garantito l'offerta di salute a oltre 32000 pazienti che

Fig. 2
La rete territoriale della Azienda USL di Piacenza



manifestavano bisogni acuti non critici. In tali setting di assistenza sono stati convogliati prioritariamente codici bianchi e verdi che prima affollavano i Pronto Soccorso (PS) aziendali; ciò ha ridotto di circa il 40% gli accessi per i codici bianchi e verdi al PS. Insieme alla Azienda di Parma, Piacenza riporta i migliori dati di performance a livello regionale.

Nei CAU operano team medico-infermieristici, alla luce delle evidenze di letteratura che dimostrano come le organizzazioni multiprofessionali siano maggiormente efficaci nella gestione dei pazienti.

Anche nell'azienda USL di Piacenza il numero dei medici di medicina generale si è progressivamente ridotto negli ultimi 10 anni (da 205 mmg in servizio a 179) portando il numero di assistiti pro capite a 1328 assistiti (dato più alto di tutta la regione). La riduzione dei professionisti incaricati sulle zone carenti non è stata omogenea su tutto il territorio: si nota un maggior decremento nelle aree montane e periferiche lontane dal Distretto urbano, dove peraltro l'indice di vecchiaia è più elevato, come anche la dispersione abitativa. La garanzia dell'assistenza a cura del medico di fiducia è stata possibile anche grazie all'estensione degli incarichi ai medici del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con incarichi temporanei e all'assegnazione di incarichi provvisori ad altri professionisti.

In prospettiva futura si prevede che entro il 2026 vi sia un ulteriore decremento del 35% dei medici di medicina generale per raggiunti limiti di età. Anche il numero dei PLS ha subito un decremento di 3 unità – criticità che coinvolge maggiormente il Distretto

di Levante – e si è posta la necessità di procedere per la prima volta a incarichi provvisori in deroga alle normative vigenti.

3. Fotografia della rete territoriale ante DM 77

Prima del DM 77 erano attive sul territorio **8 Case della Salute (CdS)**. La loro diffusione prevaleva, sia per numero che per progetti di salute agiti, nel Distretto di Levante. Esse sono state istituite o a seguito di riconversione di nosocomi aziendali, o per trasformazione di strutture poliambulatoriali, o ancora a seguito di utilizzo di spazi messi a disposizione da Enti Locali (per esempio, vecchie scuole). Tuttavia, quale che fosse l'origine delle strutture, le CdS erano inizialmente spazi poliambulatoriali dove venivano erogate prestazioni di diagnostica o specialistica. Sul territorio aziendale, la presenza dei MMG e dei PLS nelle CdS era sporadica; solo più recentemente, e comunque dopo la diffusione del DM 77, si è via via manifestato un crescente interesse a essere presente all'interno della CdS/CdC e a rappresentare parte attiva dei percorsi integrati.

Specificamente, prima del DM 77 si contavano cinque MMG coinvolti presso la CdS a Borgonovo V.T., tre a San Nicolò, uno a Podenzano, tre a Cortemaggiore e cinque a Monticelli d'Ongina.

Questa scarsa predisposizione a vivere la CdS da parte dei medici convenzionati ha prodotto due distinte conseguenze:

- hanno trovato spazio per garantire servizi in modalità capillare, servizi dei Dipartimenti territoriali (Dipartimento Cure Primarie, Diparti-

mento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento Sanità Pubblica), sviluppando funzioni consultoriali, di assistenza domiciliare, di prevenzione primaria e secondaria e promozione della salute, di contrasto e assistenza alle patologie psichiatriche e alle dipendenze;

- i medici con incarichi a regime di convenzionamento hanno sviluppato, in coerenza con gli ACN e Accordi Integrativi Regionali (AIR) progressi, modelli organizzativi autonomi anche multi professionali, relativamente poco collegati alle CdS/CdC. Il limite di queste scelte sta, di fatto, nella scarsa integrazione con gli altri servizi. È doveroso segnalare che la debolezza di questo sistema organizzativo si sta manifestando in modo crescente. Tuttavia, a voler valorizzare questo tipo di scelta, lo sviluppo in particolare di numerose Medicine di Gruppo sul territorio Aziendale ha comunque garantito la predisposizione di numerose strutture SPOKE sul territorio che hanno agito la presa in carico dei soggetti con patologia cronica, per le quali andrà attentamente presidiato il coinvolgimento e l'interfaccia delle strutture Aziendali.

Va detto che i **nuovi ACN** hanno declinato al loro interno nuove forme di aggregazione fra professionisti e

nuovi modelli organizzativi dell'Assistenza Primaria, ovvero le **Aggregazioni Funzionali Territoriali** (AFT, forme mono professionali chiamate a garantire assistenza h 24 per 7 giorni su 7) e le **Unità Complesse di Cure Primarie** (UCCP, forme multi professionali destinate a garantire la presa in carico integrata dei pazienti gestiti in ambito territoriale), di fatto un superamento dei modelli precedenti. Inoltre i nuovi ACN vedono il medico di ruolo unico coinvolto sia in attività a ciclo di scelta verso i propri assistiti, sia in quota oraria presso le strutture aziendali. Le stesse forme organizzative sono citate nel DM 77 e riconoscono nel decreto Balduzzi la loro prima descrizione. Tuttavia, è solo negli ultimi ACN che si trovano formalizzate nei contratti dei medici convenzionati e diventano "obbliganti" per accedere e mantenere la convenzione anche se nella nostra Azienda come in tutta la Regione Emilia Romagna i MMG e i PLS avevano nei Nuclei di Cure Primarie un loro primo embrione.

Quanto ai **Distretti**, prima e dopo il DM 77 il territorio era articolato in tre livelli organizzativi: Piacenza città, Levante e Ponente. Nella nostra realtà il dimensionamento dei Distretti socio-sanitari tiene conto, in particolare nel Distretto di Ponente, della dispersione abitativa dei residenti.

Tab. 3 – Popolazione per Distretto AUSL Piacenza

Distretto	Piacenza città	Ponente	Levante
Abitanti	103.415	76.973	107.656
Km2	118,31	1058,79	1325,72
Densità abitativa (ab/km2)	872	92,8	97,2

Secondo l'accezione aziendale e coerentemente con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna, il Distretto ha il ruolo di garante dell'erogazione dei servizi socio-sanitari per la popolazione del proprio territorio. Esercita le **funzioni di programmazione, committenza e valutazione dell'assistenza** nell'ambito di riferimento. È il luogo elettivo dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riguardo alla programmazione della sanità territoriale e al raccordo con i presidi ospedalieri, alla gestione del fondo per la non-autosufficienza, al rapporto con i Comuni titolari della gestione dei servizi sociali. Le funzioni di programmazione sono esercitate dal Comitato di Distretto (che riunisce i sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale distrettuale) di concerto con il Direttore di Distretto. **Il Distretto non ha funzione di produzione né diretta né indiretta** ma si confronta in particolare con i Dipartimenti territoriali nella progettazione dei servizi a garanzia dell'equità di accesso. Nelle scelte aziendali sono i Dipartimenti che rappresentano la struttura che ha l'obiettivo di gestire la produzione garantendo la globalità degli interventi preventivi, assistenziali, e riabilitativi e la continuità dell'assistenza. Il Dipartimento è sede elettiva del governo clinico, inteso come appropriato e qualitativo uso delle risorse. Come anticipato particolare attenzione è stata posta dalla Azienda alle fasce di popolazione fragile in prima istanza attraverso il servizio infermieristico domiciliare, infatti, nel tempo, si è consolidato un modello di **ADI** basata su un'intensità di cura graduale e sull'integrazione di diverse figure professionali. Oltre all'ADI, si sono sviluppati un modello di assistenza

infermieristica semplice per garantire attività prestazionali a pazienti non mobilizzabili e un altro di tipo programmato, a cura del singolo medico, quando non ritenuta necessaria l'integrazione con altre professioni sanitarie, se non in momenti occasionali. Da ricordare anche l'ADI residenziale, erogata presso strutture di residenzialità (come, per esempio, casa-residenza per anziani non autosufficienti). Quale che sia il tipo di assistenza domiciliare prestata, lo strumento di valutazione di queste diverse forme di cura al domicilio è la redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Inoltre, è stata potenziata anche l'**ADI riabilitativa** nella quale la valutazione da parte di fisioterapisti – in struttura o presso il domicilio – genera un percorso di riabilitazione in regime di domiciliarità o residenzialità con predisposizione di un **Piano Riabilitativo Integrato (PRI)**. Si sottolinea che questo tipo di assistenza riabilitativa, citata dal DM 77, era attivo nel nostro territorio già prima del Decreto sia come dimissione protetta sia come valutazione al domicilio. Occorre notare che l'assistenza domiciliare, prima del DM 77, si poneva come modello integrativo che si concentrava prevalentemente sui bisogni sanitari; tuttavia, una prima esperienza aziendale, antecedente al DM 77, di valutazione e di bisogni sanitari e di bisogni non espressi di tipo sociale, fu quella di "Montagna solidale", in cui un'équipe composta da infermiere, fisioterapista e operatore sociale si recava in zone disagiate, proprio per intercettare questo tipo di necessità, analizzarne la distribuzione sul territorio e proporre soluzioni taylorizzate, vale a dire reingegnerizzata in una logica di standardizzazione dei processi.

DATI DI MONTAGNA SOLIDALE**Tab. 4a** – Utenza

Pazienti >75 non noti ai servizi	412
Pazienti valutati	293
Pazienti deceduti	13
Pazienti non aderenti	45
Pazienti non domiciliati	44
Pazienti irreperibili	14
Pazienti in carico servizi sociali	3

Tab. 4b – Distribuzione per tipologia di nucleo familiare

Con chi vive	Coniuge/figli/fratelli	Solo con riferimenti lontani	Solo con riferimenti vicini
Soggetti indagati	211	39	43

Tab. 4c – Distribuzione abitativa

Centro abitato	Fuori dal centro abitato	Case isolate
112	128	53
38,23%	43,69%	18,09%

Tab. 4d – Contesto abitativo e barriere architettoniche

Barriere architettoniche	Bagno fuori casa	Riscaldamento legna/pellet
167	1	191

Tab. 4e – Condizioni di fragilità

Pluripatologie	61,67%
Difficoltà di movimento	25,60%
Barriere architettoniche	73,57%
Deterioramento cognitivo	3,75%
Autonomo totale o parziale	74,74%
Dipendenza lieve	16,38%
Dipendenza completa	1,37%

Questi dati evidenziano come, soprattutto nelle aree interne, vi sia un bisogno non prettamente sanitario e una fragilità importante che richiede una attenta programmazione, valutazione e presa in carico con pazienti solo in parte noti ai servizi e con una necessità di un coinvolgimento di equipe

multidisciplinari e l'integrazione con i servizi sociali degli Enti Locali. Sempre nell'ottica di una profonda attenzione ai bisogni di salute di quei gruppi di popolazione in condizione di vulnerabilità clinica, sociale o demografica un esempio particolare è stato lo sviluppo presso la CdC di Bet-

tola di un progetto di presa in carico attraverso la valutazione clinica, laboratoristica, di follow up e terapeutica dei soggetti affetti da malattia maligna di organi solidi o liquidi. L'esperienza, prima in regione, ha visto negli anni un progressivo sviluppo dell'offerta onco-ematologica territoriale di quest'area provinciale lontana dai presidi ospedalieri.

Quanto alle Cure Palliative, l'équipe composta da **medico di famiglia e infermiere** si è arricchita di competenze, a seconda dei bisogni assistenziali della persona. Inoltre la nascita di centri residenziali, gli **hospice**, ha favorito in questo contesto la realizzazione della rete delle cure palliative. In più, in seno alle Cure Palliative, sono state introdotte anche **le Cure Palliative pediatriche**.

Sulla scorta di quanto indicato nell'art. 3 della DGR 560/2015, è stata definita la **Rete locale di cure palliative (RLCP)**, un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in:

- ospedale;
- ambulatorio;
- a domicilio;
- hospice.

A essa si accede grazie a un **unico punto** di governo dell'**accesso**, che nell'organizzazione è una struttura complessa Cure Palliative all'interno del Dipartimento delle cure primarie. Le **cure palliative domiciliari** sono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), composta da MMG, da infermiere e medico palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie, come lo psicologo, e rispondono ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazio-

ne del PAI. L'UCPD adotta quali strumenti di condivisione professionale le riunioni periodiche d'équipe e la cartella integrata. Attualmente l'UCPD eroga prestazioni al livello di base – è in via di sperimentazione la progettualità per il livello specialistico; in più garantisce la funzione di *case manager infermieristico* per coordinare i diversi interventi, supportare l'integrazione dei diversi apporti professionali e favorire la continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto di cura.

Sul nostro territorio, l'Hospice "Casa di Iris", presente nella città di Piacenza dal 2011, e quello di Borgonovo V.T. (2009) garantiscono le cure palliative in regime residenziale a malati che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio, attraverso équipe dedicate e specificamente formate. L'attività svolta prevede la redazione del PAI da parte di un'équipe multidisciplinare attraverso la valutazione multidimensionale.

4. DM 77: lo stato di attuazione

Uno delle principali implicazioni dell'attuazione del DM 77 è stata l'evoluzione delle CdS in Case della Comunità (CdC).

Le CdC sono strutture sanitarie promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione socio-sanitaria. Nelle CdC il lavoro multidisciplinare trova riscontro sia nei modelli organizzativi sia con la presenza di spazi multifunzionali quali sale riunioni, aule per formazione e incontri, utilizzabili dagli operatori ma anche per il coinvolgimento dei cittadini. Lo sviluppo dell'utilizzo di strumenti informatici

favorirà il lavoro interdisciplinare anche quando i professionisti non sono presenti nello stesso luogo rinforzando il concetto promosso dalla regione Emilia-Romagna della CdC diffusa, costituita dall'insieme di relazioni che intercorrono non solo tra la rete di luoghi erogativi, ma anche tra la rete di attori e servizi presenti sul suo territorio di riferimento e la comunità largamente intesa come insieme di reti sociali più o meno formalmente organizzate. Le Case di Comunità sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. In questa accezione, la rete nella quale è inserita la CdC include sia i servizi erogati direttamente dal SSR sia quelli erogati da altri attori come Enti Locali, privati accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato e non ultimo i servizi offerti dagli Ospedali del territorio sul quale insiste la CdC. Stanti le difficoltà di accogliere i professionisti dell'Assistenza Primaria fisicamente dentro le mura della CdC maggior impulso si è cercato di dare localmente alle interfacce da predisporre fra i servizi in modo da non compromettere la capillarità dell'offerta ma valorizzare tutti i processi di integrazione anche da remoto.

A oggi l'Azienda USL di Piacenza ha previsto lo sviluppo di due strutture HUB per ogni Distretto e quindi, in linea con gli impegni PNRR. Le **CdC SPOKE** previste sono ulteriori 6, sono allo stato di analisi dei fabbisogni altre strutture SPOKE integrabili che possano accogliere e integrare i vecchi modelli organizzativi delle

medicines di gruppo. In questo contesto infatti si sostiene la stretta integrazione delle Medicine di Gruppo con le CdC. Secondo quanto definito in regione Emilia-Romagna, le funzioni e le attività delle CdC non sono solo quelle che vengono erogate all'interno delle strutture medesime, ma anche quelle sviluppate in sedi o luoghi che a esse afferiscono funzionalmente (un'ottica quasi di albergo diffuso).

Alla luce di questa interpretazione l'azienda USL ha pianificato di istituire altre CdC HUB oltre alle tre già in esercizio (Borgonovo VT, Piacenza ple Milano, Podenzano) a Bobbio, a Piacenza Belvedere, a Fiorenzuola a. In merito alle Case della comunità spoke tre sono già attive ma vedranno un ampliamento dei servizi (San Nicolò, Carpaneto e Bettola) due sono attive e manterranno le loro attività anche se superiori a quanto previsto dal DM 77 (Cortemaggiore e Monticelli) una di nuova istituzione (Lugagnano).

4.1. Centrale Operativa Territoriale (COT)

La **COT** è modello organizzativo che coordina la presa in carico dei pazienti, collegando attività territoriali, sanitarie, socio-sanitarie e ospedaliere, dialogando con la rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza. Essa da una parte assicura continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, dall'altra facilita il raccordo tra servizi e professionisti, migliorando l'efficienza e la qualità delle cure.

Le sue funzioni sono:

- coordinamento della presa in carico (transizioni tra setting e continuità assistenziale);

- ottimizzazione degli interventi (gestione delle risorse e interventi sanitari e socio-sanitari);
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni assistenziali dei dati anche attraverso la telemedicina;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete;
- predisporre la raccolta e decodifica delle informazioni.

Come per le CdC e altri servizi distrettuali, deve utilizzare una piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico connessa ai sistemi informativi aziendali, regionali e nazionali.

Sul territorio piacentino sono state attivate tre COT, distribuite equamente, come indicato da DM 77, sui tre distretti (una per Distretto) e attive dal giugno 2024. Fra queste, una delle tre ha valenza sovra-distrettuale ed essa rappresenta il riferimento per le altre due. Al momento attuale la funzione prevalentemente agita è quella di presidiare il passaggio di setting fra ospedale e territorio nella dinamica delle dimissioni protette. A seguire si procederà a sviluppare tutte le funzioni previste facendo diventare la Centrale punto di riferimento per tutti gli operatori sanitari e sociali. Inoltre, le tre COT identificate dall'Azienda saranno anche strumento dedicato all'analisi di popolazione sia per i bisogni sanitari che per quel-

li socio-sanitari, questo al fine, anche di raccogliere dati strutturati sui profili degli utenti.

Esperienza aziendale affine e anticipatoria rispetto alla COT è stata l'istituzione della Centrale-19 che in epoca pandemica ha garantito il coordinamento fra i professionisti sanitari e monitorato, attraverso algoritmi decisionali condivisi, i passaggi di setting tra ospedale e territorio e viceversa, organizzando il lavoro delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.team medico-infermieristico attivo h 12 per 7 giorni su 7). In questa centrale si è attuato già dal 2020 un primo tentativo di introduzione di strumenti di AI a supporto dei professionisti. Infatti è stato predisposto un sistema di algoritmi predittivi digitali, per definire, a supporto dei professionisti coinvolti nella centrale, criteri di priorità di accesso al domicilio da parte delle USCA. L'algoritmo è stato sviluppato a seguito di analisi di esiti di salute (ospedalizzazione e morte entro 7 giorni) in base a parametri raccolti su oltre 4000 pazienti, quali la saturazione di Ossigeno, la temperatura, la frequenza cardiaca, l'età anagrafica, la compresenza di patologie croniche (in particolare diabete e scompenso cardiaco).

Tab. 5 – La transizione in termini di figure professionali dalla Centrale 19 alla COT

Personale	Centrale 19	COT
Personale medico	7	nessuno
Personale infermieristico	3	5
Assistenti sociali	nessuno	2
Personale amministrativo	3	2

4.2. Punto unico di accesso (PUA)

Il **Punto Unico di Accesso** (PUA) è un luogo di facilitazione dell'accesso per i profili di pazienti con non-auto-sufficienza o disabilità. È un luogo dove professioni sanitarie e sociali si integrano in modo da accogliere i bisogni socio-sanitari, predisporre l'analisi degli stessi e proporre la soluzione più idonea al problema presentato, all'interno di criteri di sostenibilità economica dei servizi.

L'Azienda di concerto con gli Enti Locali predispone un Percorso Assistenziale Integrato che contempla:

- accesso;
- prima valutazione;
- valutazione multidimensionale;
- piano assistenziale individualizzato;
- monitoraggio degli esiti di salute e di assistenza sociale.

Precedentemente alle indicazioni del DM 77, la rete sociale era già comunque ben strutturata, ma la porta di accesso ai servizi era rappresentata dagli sportelli sociali dei Comuni che tendevano a specializzarsi per target di utenza. La sua collocazione all'interno delle CdC lo propone come punto di riferimento per utenti, famiglie, MMG e PLS, operatori sanitari, servizi sociali e associazioni di volontariato. I principali fruitori del servizio sono rappresentati da utenti portatori di bisogni complessi: ricevuta la segnalazione, l'équipe del PUA indirizza l'utente alla Unità di Valutazione più adeguata e da questa riceve riscontro della valutazione, dell'individuazione del Responsabile del Caso e del piano personalizzato di vita e di cura.

Rispetto all'esistente, nella nostra Azienda molteplici funzioni e strutture devo-

no procedere verso un maggior sviluppo, ma queste partono da realtà già ampiamente consolidate. Le grandi novità sono invece rappresentate da:

- Infermiere di Comunità e Famiglia.
- Centrale Operativa Territoriale.
- Punto Unico di Accesso.
- Ospedale di Comunità.
- Maggior presenza nelle CdC di MMG e PLS e delle loro aggregazioni (AFT e UCCP) e loro partecipazione fattiva alle attività integrate.

Specificamente, per quanto riguarda l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, esso viene assicurato al momento solo per i servizi della neuropsichiatria infantile, psicologia di base e CSM.

Verranno progressivamente implementati servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base, servizi che vedono già la loro presenza a supporto delle discipline specialistiche presenti (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, spirometro ecc.) anche attraverso progetti di telemedicina (es. telerefertazione ecc.); il punto prelievi è presente in tutte le sedi e diffuso su tutto il territorio: si crea una vera e propria rete con punti prelievi in tutti i Comuni, che si coordina con l'attività dei laboratori aziendali.

Una virtuosa esperienza progettuale di telemedicina e sviluppo ospedale territorio, il progetto Telecuore, ha consentito ai professionisti della Azienda di aggiudicarsi il Silver Winner, nella categoria di Sicurezza e qualità delle cure per i pazienti, competizione di ambito internazionale, nella quale l'ospedale Piacentino figura come unico Ospedale italiano al mondo. (Associazione HIF)

Sono presenti servizi ambulatoriali specialistici per le patologie a elevata prevalenza (cardiologia, diabetologia ecc.), e nelle zone più periferiche, per le discipline e diagnostica di primo livello funzionali ad assolvere necessità della popolazione anziana.

L'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC) è in fase di sviluppo con delle sperimentazioni in tutti e tre i Distretti, diversificate per modelli di distribuzione e per caratteristiche demografiche della popolazione (alta Val d'Arda, alta Val Nure, zone golene del Po, aree ad alto disagio sociale della città di Piacenza). La figura dell'IFeC, definita dal DM 77 e declinata sulle caratteristiche del territorio, opera insieme all'assistente sociale per captare i bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione; si occupa della promozione della salute, della prevenzione e della presa in carico delle persone, aiutandole, in presenza di malattia o disabilità cronica, nella gestione delle stesse in sinergia con il MMG e con gli altri operatori della rete ospedaliera e territoriale.

In attesa dell'ulteriore sviluppo dell'IFeC, esteso a tutti gli ambiti territoriali, una sperimentazione locale ha previsto che alcuni suoi compiti siano svolti dall'infermiere dell'ADI. L'attività prevede che pazienti ricoverati presso le strutture ospedaliere e di età superiore ai 65 anni, previa autorizzazione, possano essere contattati tramite telefonata dagli infermieri dell'ADI in modo da assolvere gli eventuali bisogni educazionali o assistenziali dei pazienti dimessi sia al domicilio che in spazi ambulatoriali. Nonostante questo tipo di figura non abbia tutte le funzioni che il DM 77 prevede per l'IFeC, tuttavia ne anticipa una parte di attività.

Sono da tempo attivi ambulatori infer-

mieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali, secondo il modello della sanità di iniziativa, collegati con i medici di famiglia; a cura degli stessi professionisti viene assicurato in tutte le strutture il servizio di assistenza domiciliare di base, tanto che nell'Azienda si garantisce circa un 11,4% di soggetti over 65 assistiti al domicilio (dato 2023). In linea con il DM 77 si prevede un progressivo potenziamento dei servizi di presa in carico e di integrazione medico-infermieristica.

I servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica sono centralizzati nelle tre sedi dei Distretti con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale.

Sono garantiti interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni; tali servizi, ancorché facoltativi nel DM 77, sono attivi presso tutte le strutture territoriali. Inoltre vengono assicurate la promozione e la tutela della salute della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale, con la presenza diffusa in tutte le strutture dei consultori ostetrico-ginecologici, della neuropsichiatria infantile e psicologia clinica di base.

Le attività di profilassi vaccinale – in particolare per l'infanzia e per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità – vengono garantite in tutte le strutture anche grazie alla collaborazione con i MMG e i PLS. La presenza di Accordi Aziendali specifici e Intese

Regionali ha condotto al raggiungimento di obiettivi di copertura vaccinale preziosi. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.

La struttura organizzativa e tecnologica offre già da una parte un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale, dall'altra servizi diagnostici di base.

Nelle CdC dove si sono sviluppati i percorsi di Community building (Podenzano, Borgonovo V. T., Carpaneto, Cortemaggiore, Monticelli d'Ongina, Piacenza), i professionisti si integrano con la comunità, coinvolgendo attivamente gli utenti e le associazioni di cittadini e progettando servizi di base con la collaborazione tra comunità e professionisti.

In accordo con il DM 77 e la DGR 1050/2023, nella nostra Azienda è stato composto un gruppo di lavoro con il mandato di calare in ambito locale i servizi di **telemedicina**.

Specificamente si sta attivando un percorso di telemonitoraggio attraverso l'installazione di retinografi presso le CdC di Piacenza e Carpaneto che poi saranno estese a tutte le CdC, che consenta la rilevazione del fundus oculi del paziente già gestito nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) diabete; in seguito, l'immagine raccolta da personale infermieristico formato viene trasmessa allo specialista oculista in sede centrale per la validazione e la refertazione.

Anche nell'ambito del PDTA BPCO si sta declinando il telemonitoraggio, grazie a spirometri che consentono l'esecuzione di spirometria semplice di controllo. I dati rilevati vengono inviati alla U.O. di Pneumologia dell'o-

spedale di Piacenza che li valida e referta.

In aggiunta, per il monitoraggio domiciliare di pazienti cardiologici, sono disponibili 250 dispositivi multifunzione – che l'utente utilizza a casa – che rilevano saturimetria, glicemia, PA, temperatura, ECG e peso per mezzo di uno strumento e una bilancia; altri 250 sono destinati alla COT per estendere la presa in carico al domicilio di pazienti con scompenso cardiaco da monitorare più strettamente perché non completamente stabilizzati e con caratteristiche personali, sociali o famigliari che non consentono un agevole trasporto presso le strutture ambulatoriali.

È in fase di avvio anche il telemonitoraggio ECG tramite elettrocardiografi che potranno essere collocati presso CdC, ambulatori MMG, carcere e altre strutture, per consentire la registrazione del tracciato nelle strutture territoriali e la centralizzazione della refertazione presso l'U.O. di Cardiologia dell'ospedale di Piacenza.

Infine, occorre ricordare che è da tempo attiva la televisita geriatrica destinata a pazienti posti in strutture residenziali ed è in cantiere la realizzazione di un sistema di teleriabilitazione che permetterà alla Medicina Riabilitativa di Fiorenzuola di seguire capillarmente i propri pazienti nell'ambito del percorso di riabilitazione.

Vale la pena citare il project work **“Alfabetizzazione digitale per gli over 65 nell'era del DM 77, una virtuosa collaborazione tra scuola e comunità”**, nato per rispondere all'esigenza sempre più evidente di emancipazione dell'anziano verso un utilizzo attivo e critico di strumenti tecnologici; si tratta di un percorso, sviluppatosi fra la fine del 2023 e Maggio

2024, in cui gli studenti di un istituto superiore piacentino hanno tenuto incontri didattici rivolti agli over 65 con l'obiettivo di rendere agevole l'accesso alle principali piattaforme per le prestazioni di tipo sanitario (Fasciolo Sanitario Elettronico e Zero Coda).

4.3. Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OsCo) definito come una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri o di favorire dimissioni protette.

Si possono riconoscere tre diverse possibili vocazioni di un OsCo: una prima, legata a pazienti dimissibili ma con necessità di assistenza infermieristica continuativa; una seconda, rivolta a pazienti che hanno terminato un percorso di riabilitazione intensiva e che richiedono un successivo accompagnamento assistenziale o riabilitativo

estensivo/educativo; infine una terza, puramente sociale, orientata verso quei pazienti che, per esempio, mancano di caregiver e devono essere accompagnati a una maggiore autonomia.

Sono stati programmati in concomitanza con il PNRR 60 posti letto di OSCO per la Provincia di PC

È in costruzione un OSCO con 20 pl all'ospedale di CSG sarà funzionante nella primavera 2025; altri 20 posti letto alla Casa della Comunità Belvedere di Piacenza, in costruzione con i fondi del PNRR; gli ultimi 20 pl nel distretto di levante, con una progettazione di convenzionamento esterno, in corso di studio con la Regione Emilia Romagna.

4.4. Il coinvolgimento dei professionisti

Presso le CdC attualmente la presenza medica h 24 – 7 giorni su 7, anche attraverso l'integrazione della CA, è garantita in tutte le strutture, mentre la presenza medica nelle strutture SPOKE h 12 – 6 giorni su 7 è presente

Tab. 6 – Personale presso le CdC

Personale dipendente in servizio presso CdC	Numero
Medici	87
Veterinari	36
Psicologi	22
Personale infermieristico	226
Personale ostetrico	9
Assistenti sanitarie	13
Assistenti sociali	19
Personale OSS e ausiliario	16

Tab. 7 – Personale convenzionato o dipendente nei CAU

Personale convenzionato o dipendente nei CAU	Numero
Medici	63
Personale infermieristico	28

solo in 3 su 5. La presenza infermieristica h 12 – 7 giorni su 7 è garantita solo su disponibilità ed è attivabile al bisogno; è presente tuttavia nelle strutture territoriali dove si sono istituiti i CAU.

Quanto alle figure professionali che prestano servizio nei CAU, esse sono rappresentate a Piacenza da due team medico/infermiere attivi dalle 8 alle 20, e un team medico infermiere dalle 20 alle 8, sette giorni alla settimana; a Bobbio è presente un solo team H 24, 7/7, a Podenzano un team H 12, 7/7, a Fiorenzuola un team composto da un medico e 2 infermieri h 24, 7 giorni su 7.

4.4.1 Il coinvolgimento dei MMG e dei PLS

Nel corso degli ultimi anni, nonostante una complessiva difficoltà nel coinvolgimento dei professionisti convenzionati si è registrato anche alla luce del DM 77 un progressivo aumento del numero dei professionisti che svol-

gono attività clinica presso le Case della Comunità.

4.5. Community building e reti sociali
L'Azienda USL di Piacenza ha attivato da anni, in collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale, la rete "**Scuole che promuovono salute**" che coinvolge ben 31 istituti del territorio, e vi contribuisce attivamente fornendo propri operatori, afferenti alla Medicina dello Sport e Promozione della Salute. L'obiettivo è favorire percorsi e progetti di promozione della salute in ambito scolastico.

Le **cooperative** si configurano come enti gestori che garantiscono l'erogazione dei servizi assistenziali per anziani e disabili, quindi come ultimo passo del percorso assistenziale integrato che inizia con l'attività svolta dal PUA e si continua con quella delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

Altra rete di collaborazioni è quella istituita in Azienda, ormai da oltre 15

Tab. 8 – MMG e PLS presenti o che hanno fatto richiesta di ingresso in CdC

Casa della Comunità	MMG presenti	In quota oraria	Attività ordinaria	MMG richiedenti	PLS presenti	PLS richiedenti
Borgonovo	5		X	1	1	
San Nicolò	8		X			1
Bobbio			X	3	1	
PC ple Milano	1		X			2
PC Belvedere			X	10		4
Podenzano	4		X	1	1	
Bettola	5	X				
Carpaneto	1		X	2	1	
Fiorenzuola			X	6		1
Cortemaggiore	3		X	1	1	
Monticelli	6		X			
Lugagnano	4	X				

anni, con i Comitati consultivi misti per il controllo della qualità dal lato degli utenti (CCM). Essi rappresentano la possibilità di partecipazione e di proposta delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti alla programmazione aziendale e sull'organizzazione dei servizi, in attuazione delle normative vigenti.

Tra i principali compiti di questo organismo consultivo, esplicitati nel regolamento di pubblica tutela ci sono:

- 1) assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- 2) promuovere l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello regionale;
- 3) sperimentare indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello aziendale, che tengano conto di specificità locali;
- 4) sperimentare modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio.

I Comitati consultivi misti hanno inoltre il compito di valutare e di supportare il grado di coinvolgimento dell'Azienda nel miglioramento della qualità della comunicazione col cittadino

Nell'ultimo anno l'Azienda USL ha organizzato un percorso di formazione strutturata la cui finalità è inserire fattivamente nelle strutture aziendali figure appartenenti all'ambito del volontariato con funzione di facilitatori della fruizione dei servizi, formando i Volontari in salute, qualifica evocativa che evidenzia il prezioso coinvolgimento del volontariato, in tutte le sue componenti, nella realtà piacentina.

I Comitati consultivi misti hanno inoltre il compito di verificare il grado di coinvolgimento dell'Azienda nel

miglioramento della qualità della comunicazione col cittadino

Nell'ultimo anno su istanza dei Comitati medesimi l'Azienda USL ha organizzato un percorso di formazione strutturata la cui finalità è inserire fattivamente nelle strutture aziendali figure appartenenti all'ambito del volontariato con funzione di facilitatori della fruizione dei servizi.

Usufruendo della rete delle CdC, sono state realizzate attività di informazione e coinvolgimento della popolazione, come il "Community lab", un'analisi partecipata di contesti locali e di casi concreti, dove la risposta ai bisogni della comunità è fornita in modo partecipativo da operatori, cittadini, volontari, presso Borgonovo V.T., San Nicolò, Bettola, Podenzano, Carpaneto, Piacenza, Monticelli d'Ongina e Cortemaggiore.

5. Il piano di sviluppo dell'assistenza territoriale per il prossimo triennio

Gli ultimi due ACN e l'atto programmatico della Regione per la istituzione delle nuove forme organizzative della medicina convenzionata gettano le basi normative del nuovo inquadramento della medicina convenzionata. La descrizione delle caratteristiche del Ruolo Unico di Assistenza Primaria da implementare al 1° gennaio 2025, vede la figura del medico di Assistenza primaria (ex MMG) evolvere verso una figura che oltre ad avere in carico un numero variabile di assistiti eroga presso le strutture aziendali (CdC, OSCO, Hospice, CRA, CAU...) attività in quota oraria a garanzia della continuità dell'assistenza. Merita una precisazione il concetto di "continuità dell'assistenza". Non va inteso, nell'accezione che sta dando la Regione

Emilia Romagna e la nostra Azienda USL, solo come disponibilità dei sanitari a essere rintracciabili e in grado di offrire interventi clinici nell'arco delle 24 ore e 7 giorni alla settimana per bisogni acuti occasionali. Bensì come una offerta di salute continuativa nel tempo rivolta anche alla presa in carico dei soggetti con malattia cronica, alle campagne vaccinali, all'accesso al domicilio per condizioni di fragilità, gestione dei soggetti con problematiche socio-sanitarie nelle strutture residenziali accreditate e negli OSCO, uso appropriato delle risorse a supporto della gestione dei pazienti del medico di scelta. L'Azienda vuole portare avanti la strategia della gestione degli utenti attraverso la collaborazione dei professionisti in una logica di equipe. Le diverse professioni sanitarie hanno per così dire "sguardi" professionali diversi funzionali a una presa in carico complessiva più efficace ed efficiente. In questa accezione sta l'interpretazione aziendale anche della integrazione multiprofessionale e multidisciplinare che in particolare nelle CdC ma non solo, vede il luogo per sviluppare percorsi articolati di gestione dei soggetti multiproblematici. L'Azienda sta già sviluppando un disegno di AFT locali lievemente differente dai Nuclei di Cure Primarie il cui dimensionamento sia funzionale all'assistenza primaria e che veda sempre una o più CdC di riferimento per i professionisti dell'area.

Questa modellizzazione ancorché non soggetta a negoziazione con le OO.SS. di categoria, è già in parte stata condivisa con la direzione strategica Aziendale, i referenti aziendali della medicina generale, all'interno della docenza teorica dei corsi di formazione specifica in medicina generale, in momenti

di formazione nei nuclei di cure primarie per raccogliere le considerazioni dei professionisti, le loro suggestioni, i modi delle possibili collaborazioni fra ruoli differenti, le opportunità di implementazione della digitalizzazione dei percorsi attraverso teleconsulto e telemonitoraggio oltre che esporre le incentivazioni economiche previste per le attività in quota oraria. In buona sostanza il Dipartimento delle Cure Primarie nello sviluppo del governo clinico che gli compete sta predisponendo le leve culturali, formative ed economiche necessarie allo sviluppo del modello.

5.1. Verso il 2030: la visione e il sogno

Immaginando la sanità nell'anno 2030, il sogno è di poter vedere in parte concretizzato il concetto di ONE Health – salute globale – ovvero la convergenza e le connessioni fra la salute di uomo, animali e ambiente.

Focalizzandoci sulla salute umana, l'auspicio è di estendere anche all'interno di questo ambito il concetto di "salute globale".

- Salute globale in quanto non è più esistente la dicotomia tra "assistenza ospedaliera" e "assistenza territoriale", ma bensì un'unica offerta sanitaria che a seconda dei bisogni delle persone e dell'intensità dell'assistenza, si attui in cure territoriali oppure in cure ospedaliere. Ciò si è realizzato anche con il superamento della assegnazione di personale ospedaliero e personale territoriale, in una logica di condivisione dei percorsi e sviluppo delle competenze dove i professionisti, per specifico ambito, ruotano all'interno dei diversi setting organizzativi acquisendo così conoscenza

dei diversi bisogni che gli utenti e i propri colleghi hanno all'interno dei percorsi di cura.

- Salute globale perché la prevenzione e la promozione della salute diventano parte fondamentale dell'offerta sanitaria, rivolte a TUTTA la popolazione. Per questo, gli interventi sono co-progettati ed elargiti insieme a Enti Locali, Terzo Settore e con il contributo di altri attori, nonché offerti in ambienti non sanitari quali scuole, biblioteche e altri luoghi comunitari di aggregazione.
- Salute globale in quanto l'offerta sanitaria è capillare prediligendo la "casa come primo luogo di cura" perché grazie alla telemedicina e alla presenza consistente di professionisti sul territorio, gli spostamenti di pazienti e il relativo impegno dei caregivers sono limitati alle prestazioni intensive e all'utilizzo di tecnologie pesanti.
- Salute globale perché è efficiente nel dare risposte congiunte ai bisogni sanitari e ai bisogni sociali degli utenti, attraverso valutazioni e percorsi condivisi.
- Salute globale perché garantisce la salute e il benessere dei propri professionisti, assicurando un adeguato work-life balance, migliorandone in tal modo la soddisfazione e la motivazione, riducendone il burnout e attraendo talenti.
- Salute globale che non può essere altro da una sanità pubblica che garantisce il diritto universale alla salute e per questo sostenuta dallo Stato con un adeguato finanziamento.

Contestualizzando in concreto quanto esposto all'interno della realtà piacentina verso il 2030 si intende avere le seguenti 5 dimensioni di senso.

- Chiara affermazione della vocazione distintiva di ciascuno stabilimento ospedaliero all'interno del territorio dell'AUSL, ma al contempo dotati della capacità di assistere in una logica spoke la popolazione di riferimento: un Hub a elevata complessità, che si va avviando nella sua nuova collocazione, una focus factory chirurgica, un polo riabilitativo.
- Un territorio servito da una molteplicità di strutture, capillarmente distribuite che garantiscono completezza e concreta continuità e prossimità delle cure, secondo quanto previsto dal DM 77/2022.
- Pertanto, un territorio che gode di oltre 14 Case della Comunità (in logica Hub&Spoke), 3 Centrali Operative Territoriali, 3 Ospedali di Comunità, oltre 5 Centri di Assistenza e Urgenza e il 116117 attivo e integrato con la rete dell'emergenza-urgenza.
- Infermieri di Famiglia e Comunità presenti su tutto in territorio, comprese le aree urbane, oltre a Infermieri della cronicità, al personale ADI e alla solida rete delle cure palliative e alle strutture a essa correlate.
- Nuove forme di integrazione con l'Università e proposte formative allineate ai nuovi bisogni di salute e ai nuovi modelli organizzativi emergenti.
- Dotazione tecnologica caratterizzata da una significativa riduzione del tasso di obsolescenza, grazie ai fondi PNRR, ma anche a mirati finanziamenti regionali, declinati anche in ambito interprovinciale.
- Superamento delle attuali carenze di risorse umane, attraverso incisive riorganizzazioni, percorsi virtuosi creati con i professionisti e un adeguato livello di skill-mix change. Personale qualificato e motivato anche grazie alla

costituzione di percorsi di arricchimento professionale e formativo.

6. Conclusione

La gestione del cambiamento in sanità presenta sempre dei livelli di complessità rilevanti, questo per diversi motivi: da un lato l'inerzia che caratterizza i sistemi complessi che comporta del tempo affinché le innovazioni diventino patrimonio agito da parte dei professionisti, dall'altro per l'eterogeneità dei differenti portatori di interesse che spesso hanno aspettative e agende non sempre convergenti. L'analisi del caso della Azienda USL di Piacenza mostra come a fronte di una ricchezza di servizi e di capitale umano evidenziato anche e soprattutto nei giorni più bui e duri della prima ondata Covid (Piacenza si trova a pochissimi chilometri da Codogno epicentro della prima zona rossa) il Decreto 77 fornisca comunque una opportunità ulteriore di miglioramen-

to continuo. Anche per chi vedeva nel proprio territorio le case della salute, le nuove case della comunità rappresentano un passo ulteriore verso una progressiva presa in carico del cittadino anche grazie alla costituzione delle Centrali Operative Territoriale, vero e proprio strumento di governo e di intermediazione tra i differenti setting assistenziali. Rimangono ancora da affinare il sistema di governo della Medicina Generale e dei professionisti convenzionati, in un'ottica di crescita complessiva della categoria e del superamento, anche alla luce dell'Accordo Collettivo Nazionale 2024, del medico singolo, spesso isolato. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali, riprendendo l'innovatività dei Nuclei di Cure Primarie adottate dalla Regione Emilia-Romagna oltre venti anni or sono, costituiscono le fondamenta di un sistema che vede nella sanità e nei servizi territoriali la sfida verso il 2030.

BIBLIOGRAFIA

Bobini M., Cinelli G., Del Vecchio M., Longo F., Meda F., Oprea N., Tozzi V., & Zazzera A. (2022). Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: Modelli di governance e processi di change management. *Rapporto OASI 2022*, pp. 348-379. Milano: Egea.

Dahl R.A. (1961). *Who governs? Democracy and power in an american city*. New Haven: Yale University Press.

Longo F., Guerra F., & Zazzera A. (2023). La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di

autonomia locali: Le variabili strategiche. *Mecosan*, 123.

Vendramini E. A. (2024). Position paper Sanità territoriale. *Mecosan*, 154-155. DOI: 10.3280/ mesa2023-127oa17902.

WHO (2023). *Regional technical meeting on integrated care delivery. Report: Virtual meeting*, 8 December 2022, World Health Organization, Regional Office for Europe.