

Il DM 77 nell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia: tra passato, contingenze e progettualità future

Mara Bergamaschi, Giada Carola Castellini, Federico Lega, Elena Maggioni, Federica Violi*

L'articolo analizza lo stato di attuazione del DM 77/2022 nell'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia, esaminando la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali attualmente in corso. Vengono esplorate le sfide e le soluzioni adottate in un territorio già orientato verso modelli integrati come Distretti e Case della Salute. Tra le azioni implementate dall'Azienda si evidenzia l'attivazione di setting di cura dedicati alla medicina di iniziativa, come Centrali Operative Territoriali e Ospedali della Comunità, la formazione del personale medico e sanitario, e il potenziamento dell'assistenza domiciliare. Tecnologie innovative, collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale e coinvolgimento del terzo settore risultano essere elementi chiave per rispondere in modo integrato ai bisogni di salute e valorizzare i professionisti coinvolti. La chiave di lettura del caso va oltre l'attuazione del DM 77, comprendendo una transizione valoriale nella politica sanitaria per sviluppare un servizio pubblico

più pronto ad affrontare le sfide contemporanee.

Parole chiave: sanità territoriale, modelli organizzativi, riorganizzazione assistenziale, integrazione.

The implementation of DM 77 within the USL-IRCCS Reggio Emilia: from past to future projects and contingencies

The article analyzes the implementation status of the Italian Law Decree 77/2022 within the Reggio Emilia Local Health Unit and Research Hospital, exploring the ongoing reorganization of community health services. It investigates challenges faced and solutions adopted in a territory that was already oriented towards integrated care. Among actions implemented, the article highlights the activation of new care settings dedicated to proactive medicine, including community-level operations centers and hospitals, the training of medical and healthcare personnel, and the enhancement of home-care services. Innovative technologies, multi-professional and multidisciplinary collaboration, and third sector involvement prove to be key to address healthcare needs in an integrated manner and maximize the value of professionals. The interpretation of the presented case goes

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Il caso dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia
3. L'organizzazione dell'assistenza territoriale dell'Azienda precedente il DM 77
4. Lo stato di attuazione del DM 77 nell'AUSL-IRCCS Reggio Emilia
5. Ulteriori evoluzioni del Modello organizzativo territoriale
6. Il ruolo della formazione
7. Il coinvolgimento della comunità: terzo settore, enti locali, popolazione
8. I piani di sviluppo territoriale per il prossimo triennio
9. Conclusioni. Si può fare

* Mara Bergamaschi, Università degli Studi di Bergamo (ORCID 0000-0002-5293-9111).

Giada Carola Castellini, Università degli Studi di Milano (ORCID 0009-0000-3960-2322).

Federico Lega, Università degli Studi di Milano (ORCID 0000-0002-8862-8585).

Elena Maggioni, Università degli Studi di Milano (ORCID 0000-0003-0144-4917).

Federica Violi, AUSL-IRCCS Reggio Emilia (ORCID 0009-0006-3376-384X).

beyond Decree implementation, focusing instead on the value transition of health-care policy that appears necessary to develop a public system ready to face contemporary challenges.

Keywords: community healthcare, organizational models, reorganization, service integration.

Articolo sottomesso: 30/10/2024,
accettato: 06/11/2024

1. Introduzione

Negli ultimi anni, la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale ha assunto un'importanza cruciale nella sanità pubblica, soprattutto alla luce delle sfide poste dalla crescente complessità dei bisogni di salute della popolazione.

In questo contesto, il Decreto Ministeriale n. 77/2022, inserito nel più ampio contesto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), rappresenta un punto di svolta nella sanità italiana proiettando il Servizio Sanitario Nazionale verso un nuovo modello assistenziale territorializzato e centrato sul paziente.

L'obiettivo del DM 77 è quello di ridisegnare completamente il modello assistenziale, spostando l'attenzione dall'ospedale al territorio e orientando le Aziende Sanitarie Locali (ASL) verso un modello assistenziale integrato e multidisciplinare in grado di rispondere alle crescenti necessità di salute della popolazione italiana. Il decreto promuove un rafforzamento della rete dei servizi sul territorio, una maggiore integrazione tra i diversi livelli assistenziali e una presa in carico più completa del paziente, favorendo un approccio centrato sulla persona e sulla sua storia clinica.

L'obiettivo è quello di ridurre significativamente le prestazioni ospedaliere e di migliorare complessivamente l'accesso alle cure in un contesto di crescita sostenuta dei bisogni legata a fenomeni strutturali come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento di persone fragili e la presenza di situazioni di pluripatologia, il tutto all'interno di un contesto di disponibilità di risorse economiche limitate.

L'implementazione del DM 77 richiede una profonda riorganizzazione delle ASL, con la creazione di nuove strutture e servizi, come le Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, e una ridefinizione dei ruoli e delle competenze dei professionisti sanitari. È necessario promuovere una cultura organizzativa orientata alla collaborazione interprofessionale e alla continuità assistenziale, superando la frammentazione dei servizi e favorendo una presa in carico integrata del paziente.

La traduzione pratica delle direttive del DM 77 non si presenta certo priva di difficoltà. L'integrazione dei servizi richiede infatti:

- una ristrutturazione organizzativa complessa, tesa al coordinamento tra diversi settori e professionisti della salute;
- una adeguata pianificazione economica e strategica, fondamentale per garantire che le risorse siano allocate in modo efficace e sostenibile;
- un profondo cambiamento della cultura dei professionisti, attraverso un adeguamento delle pratiche professionali e delle modalità di interazione con i pazienti.

Le specificità territoriali, la configurazione organizzativa di partenza, la variabilità nelle risorse disponibili e la diversa complessità dei bisogni di

salute della popolazione rappresentano elementi differenziali che possono incidere sull'efficacia della sua implementazione.

In questo contesto l'USL-IRCCS di Reggio Emilia rappresenta un caso esemplare di come sia possibile superare queste difficoltà e implementare con successo le nuove disposizioni normative. L'esperienza di questa ASL dimostra come l'aver investito da tempo su una forte cultura organizzativa, orientata alla collaborazione e alla comunicazione tra i diversi professionisti, sulla formazione e sviluppo delle competenze e sull'innovazione tecnologica abbia concretamente facilitato l'implementazione del DM 77. La creazione di team multidisciplinari a supporto dell'assistenza domiciliare, la costituzione di case della Salute con servizi e assistenza di tipo sanitario e sociale, la messa in opera di un Punto Unico di Accesso che organizza il percorso dei pazienti in fase di dimissione e garantisce la continuità assistenziale al domicilio, rappresentano solo alcuni esempi di interventi su cui la USL-IRCCS di Reggio Emilia aveva investito già prima del DM 77. Tali interventi hanno consentito nel tempo di favorire una cultura della collaborazione e dell'integrazione rendendo possibile l'applicazione del DM 77 in tempi relativamente brevi. Inoltre, l'inclusione attiva della comunità nella progettazione e nella valutazione dei servizi sanitari ha favorito una maggiore accettazione dei processi di cambiamento da parte del territorio.

Questo lavoro si propone di esplorare l'applicazione del DM 77 USL-IRCCS di Reggio Emilia, e di fornire degli spunti di riflessione utili per i decisori politici e i professionisti del settore, al

fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari territoriali.

2. Il caso dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

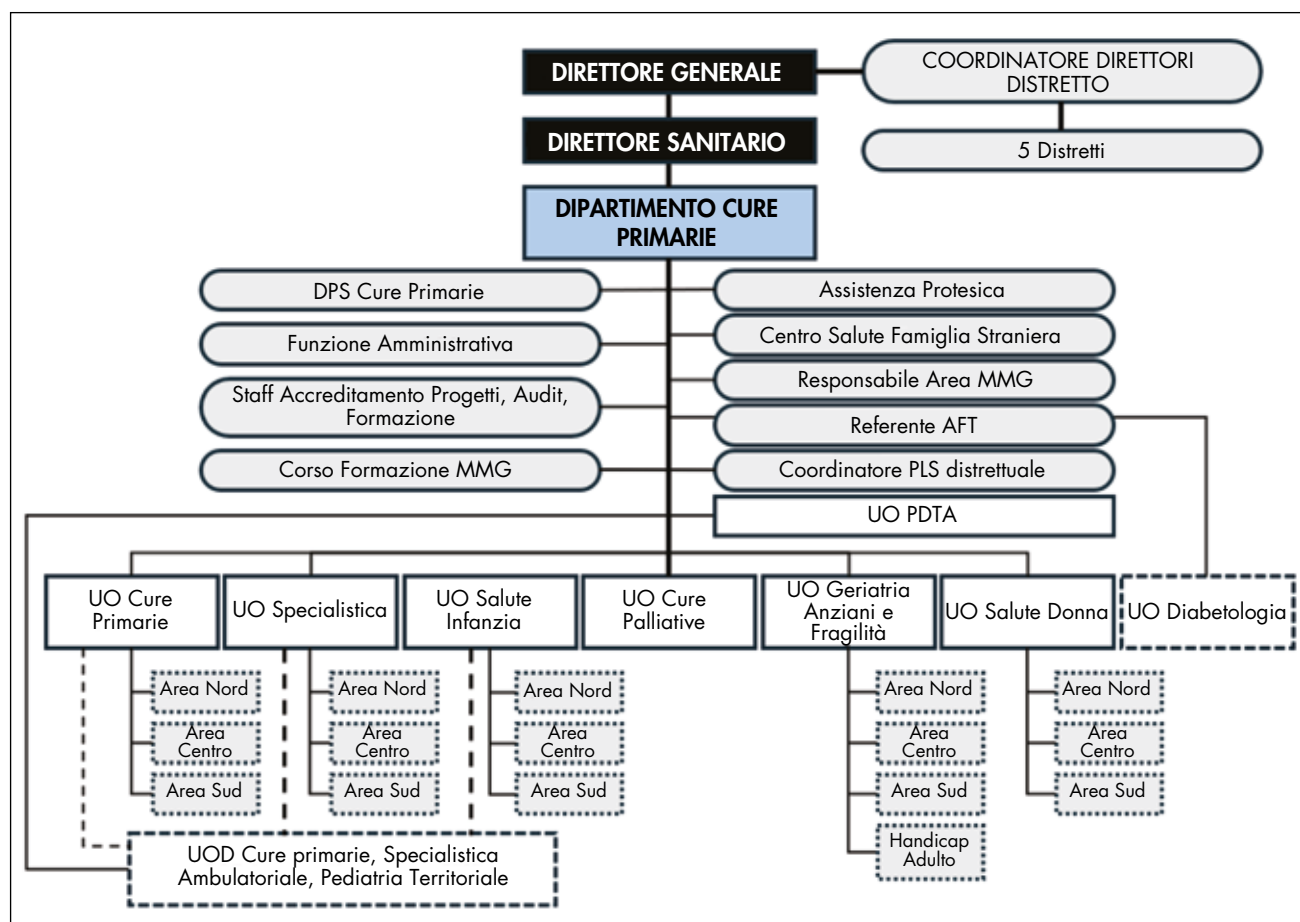
La Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia (di seguito solamente "Azienda" o "AUSL") nasce il 1° luglio 2017 attraverso la fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia (Legge Regionale E.R. n. 09/2017) che già rappresentavano due importanti realtà a livello regionale. La prima, nata il 1° luglio 1994 (DPGR 568/1994), era già il risultato della fusione di sei Unità Sanitarie Locali (USL) della Provincia; la seconda, nata come azienda autonoma nel 1994, fu in seguito riconosciuta come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia (DM 12/04/2011). In seguito a questa riorganizzazione, la popolazione aziendale ha raggiunto la numerica di circa 7.000 dipendenti. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la riorganizzazione ha previsto la costituzione del Presidio Ospedaliero Provinciale Santa Maria Nuova, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, articolato in sei stabilimenti (Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, Ospedale S. Anna di Castelnovo ne' Monti, Ospedale San Sebastiano di Correggio, Ospedale Civile di Guastalla, Ospedale Ercole Franchini di Montecchio, Ospedale Cesare Magati di Scandiano). Tale Presidio insiste sul territorio della provincia di Reggio Emilia, situata circa al centro della regione Emilia-Romagna e costituita da 42 comuni e 7 Unioni dei Comuni, con una popolazione residente di 530.562 abitanti (01/01/2024)

distribuiti in 2.292,89 km² di superficie sia collinare che pianeggiante. Il territorio, dal punto di governo sanitario aziendale decentrato, è invece strutturato in sei Distretti (Castelnovo ne' Monti, Correggio, Guastalla, Montecchio, Reggio Emilia e Scandiano) le cui funzioni, caratteristiche ed evoluzioni saranno in seguito dettagliate. L'Azienda, inoltre, conta quattro Dipartimenti Territoriali Provinciali (Cure Primarie, Farmaceutico, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, e Sanità Pubblica). Nel presente caso, ci si soffermerà con attenzione sulle modalità operative e sulle progettualità del Dipartimento, e più nello specifico

dell'omonima Unità Operativa, delle Cure Primarie al fine di valorizzare le trasformazioni organizzative e operative, e l'evoluzione nell'erogazione dei servizi in conformità con il DM 77/2022. Mentre i Distretti ricoprono un ruolo di committenza, questi demandano al Dipartimento di Cure Primarie il ruolo di produzione e organizzazione dell'attività sanitaria che viene erogata sul territorio. Il Dipartimento di Cure Primarie si compone di cinque Unità Operative di Struttura Complessa (UOSC Cure Primarie, UOSC Specialistica, UOSC Salute Infanzia, UOSC Cure Palliative, UOSC Geriatria Anziani e Fragilità, e

Fig. 1
Organigramma Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS Reggio Emilia (2024)

Fonte: Azienda USL-IRCCS Reggio Emilia – Organigramma Dipartimento Cure Primarie – DPCA 19 Aprile 2023



MEGOSAN – ISSN 1121-6921, ISSNe 2384-8804, 2024, 129 DOI: 10.3280/mesa2024-129oa18726

UOSC Salute Donna) a loro volta suddivise in strutture semplici per area geografica di competenza (Nord, Centro e Sud). A queste Unità si aggiunge la “Struttura Complessa Programma Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nella Cronicità”, composta da un medico dipendente afferente delle Cure Primarie, volta al monitoraggio dei PDTA per lo Scompenso Cardiaco e il Diabete. All'interno delle Cure Primarie rientrano due Strutture Semplici Dipartimentali: Diabetologia, e Cure Primarie, Specialistica Ambulatoriale e Pediatria Territoriale.

Al Dipartimento afferiscono le funzioni amministrative, staff dedicato a corsi di formazione per dipendenti e Medici di Medicina Generale (MMG), l'assistenza protesica, il Referente di AFT, il Responsabile di Area MMG e il Coordinatore Distrettuale dei Pediatri di Libera Scelta (PLS). Infine, rientrano (tra gli altri – Fig. 1) nei Servizi del Dipartimento Cure Primarie i servizi di Salute Donna, le cure odontoiatriche, i centri prelievi, gli ambulatori infermieristici territoriali e domiciliari, i poliambulatori, la Pediatria di Comunità, le Case della Salute e della Comunità (CdC), i Centro di Assistenza e Urgenza (CAU), e gli sportelli Centri Unici di Prenotazione (CUP) e sportelli Struttura Amministrativa Unificata di Base (SAUB).

3. L'organizzazione dell'assistenza territoriale dell'Azienda precedente il DM 77

Prima del 2022, il Sistema Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna era già caratterizzato dalla presenza di strutture e servizi simili a quelle previste dal DM 77.

I Distretti erano presenti nella struttura organizzativa e operativa della Regione fin dalla loro introduzione nel panorama nazionale. Essi sono tutt'oggi il luogo da un lato della committenza e della garanzia dell'accesso dei cittadini, dall'altro dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra servizi sanitari territoriali e ospedalieri, ossia cuore della programmazione Socio-Sanitaria attraverso i Piani Sociali di Zona. Inoltre, in collaborazione con il Comitato di Distretto (Collegio dei Sindaci del Distretto) costituiscono il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e ne governano l'attuazione. In particolare, al distretto era (ed è) assegnato il ruolo di supportare la Direzione Generale dell'Azienda nella definizione e programmazione dei servizi necessari a soddisfare la domanda sanitaria e socio-sanitaria della popolazione del territorio di riferimento, di monitorarne l'erogazione e l'accessibilità e di verificarne il rispetto sia in termini quantitativi che qualitativi nei confronti dei vari produttori. Sul piano istituzionale, i distretti costituiscono il punto privilegiato d'incontro e di sviluppo delle relazioni e delle collaborazioni tra Azienda, Comuni, terzo settore, volontariato, famiglie e pazienti.

Al Dipartimento di Cure Primarie sono in carico le attività di promozione della salute, le attività di prevenzione delle malattie e delle disabilità, la costruzione di reti integrate e multidisciplinari per la presa in carico, l'assistenza, la continuità delle cure di tutte le condizioni di cronicità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari).

Sui territori distrettuali, già dal 2010 (DGR n. 291/2010) insistono le Case della Salute (CdS) con l'obiettivo di realizzare in modo omogeneo strutture che possano essere un punto di riferimento certo per i cittadini, con servizi e assistenza di tipo sanitario e sociale. Tali strutture nascono dall'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), volti alla continuità assistenziale attraverso l'integrazione di MMG e PLS, Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali, Infermiere, Ostetriche, e Assistenti Sociali (Curcetti *et al.*, 2011). Queste figure, correntemente con il DM 77, hanno continuato a operare prima nelle CdS e nelle successive Case di Comunità su turni differenti, stanti l'allungamento del servizio da diurno a 24/7. Inoltre, in alcuni casi, come la Casa della Salute di Puianello, le caratteristiche della struttura erano già in linea con quanto previsto per le attuali Case di Comunità.

Un ulteriore elemento di continuità con il passato è l'assistenza domiciliare, presente sul territorio fin dal 1999 con 10 Servizi infermieristici Domiciliari (SID) che, insieme a Medico di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, servizi sociali e altri professionisti della salute, agiscono per la tutela della salute al domicilio per tutte le persone non autosufficienti, o impossibilitate per gravi motivi di salute, a recarsi presso le strutture sanitarie. Il SID eroga anche prestazioni infermieristiche in sedi ambulatoriali dislocate sul territorio. Il progetto, in coerenza con quanto stabilito dal DPCM n. 65/2017, garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a intensità variabile a domicilio costitu-

iti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando per quanto possibile il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale, assicurando la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Uno dei modelli organizzativi ed erogativi superato in seguito alla messa in opera del DM 77 è il Punto Unico di Accesso (PUA), il punto unico di presa in carico del paziente alla dimissione ospedaliera, già presente sul territorio dal 2012, le cui precedenti attività sono state trasferite alle Centrali Operative Territoriali (COT) di seguito dettagliate.

Infine, la Provincia di Reggio Emilia, così come la Regione tutta, non era dotata di Ospedale di Comunità prima delle direttive del DM 77/2022. Questi ultimi, difatti, nascono formalmente a seguito del Decreto e sostanzialmente con la prima sede provinciale inaugurata nel 2023 all'interno dell'Ospedale Magati di Scandiano.

4. Lo stato di attuazione del DM 77 nell'AUSL-IRCCS Reggio Emilia

Sotto una lente prettamente amministrativa, il Rapporto OASI 2023 evidenzia come i documenti regionali di recepimento del DM 77 in Emilia-Romagna prevedano una relativa rielaborazione dei temi trattati (indice di sovrapposibilità dei documenti tra il 10% e il 30%), nonché un focus importante sulle Case di Comunità (Cinelli *et al.*, 2023). Lo studio sottolinea come la Regione, a fronte di esperienze terri-

toriali già (in alcuni casi ampiamente) sviluppate così come descritto nel paragrafo precedente abbia avuto una inferiore necessità di riorganizzazione e programmazione rispetto ad altre Regioni. Questo ha fatto sì che il documento di indirizzo regionale divenisse un atto prevalentemente formale, caratterizzato prevalentemente dalla presenza di best practice.

Nell'operatività, l'AUSL-IRCCS Reggio Emilia ha avviato e progettato diverse attività volte da un lato all'adempimento degli obblighi del DM 77, ma dall'altro anche alla valorizzazione dei progetti già avviati sul territorio, integrandoli con quanto previsto dal Decreto. Inoltre, sono stati sviluppate diverse progettualità volte al coinvolgimento degli attori del settore sanitario, di quello sociale, degli enti locali e della popolazione stessa.

4.1. Le Case di Comunità

Già prima del DM 77 erano attive sul territorio dell'Azienda 13 Case della

Salute (Curcetti *et al.*, 2011). Entro il 2026, il numero di CdC verrà portato a 26 mediante l'attivazione di ulteriori dieci strutture, per un totale di 10 strutture Hub e 16 Spoke distribuite in maniera omogenea sulla provincia di Reggio Emilia (Fig. 2). Le caratteristiche delle CdC Hub e Spoke ricalcano i requisiti previsti dal DM 77.

I servizi offerti dalle Case di Comunità coprono tutte le attività previste dal DM 77 e, in alcune strutture, le integrano con quanto già precedentemente presente nelle Case della Salute e non esplicitamente richiesto dal decreto. In particolare, le CdC offrono servizi di specialistica ambulatoriale (psichiatria e neuropsichiatria, neurologia, ginecologia, allergologia, oculistica, odontoiatria, dermatologia, endocrinologia, cardiologia, diabetologia, angiologia, otorinolaringoiatria, reumatologia e pediatria), infermieristici e infermieristici domiciliari, di medicina dello sport, di screening (es. colon retto) e attività di prevenzione, e i servizi sociali. È inoltre

	Servizi attivi			Servizi in attuazione nel 2024			Servizi in attivazione entro il 2026		
	Cdc	OSCO	COT	Cdc	OSCO	COT	Cdc	OSCO	COT
Castelnovo ne' Monti	1	-	1	2	-	-	1	1	-
Correggio	1	-	1	1	-	-	-	-	-
Guastalla	3	-	1	-	-	-	1	1	-
Montecchio	2	-	1	1	-	-	0	-	-
Reggio Emilia	4	-	1	2	-	-	2	1	-
Scandiano	2	1	1	2	-	-	1	-	-
Totale	13	1	6	8	-	-	5	3	-

Fig. 2

Stato di attuazione e previsione delle infrastrutture previste dal DM 77

Fonte: Rielaborazione dati di monitoraggio dell'attuazione del DM 77 dell'Azienda USL-IRCCS Reggio Emilia

presente in alcune CdC un centro prelievi e un consultorio. Vengono poi offerti i servizi amministrativi per il cittadino di scelta e revoca del MMG/PLS, rilascio della tessera sanitaria, rilascio dell'esenzioni al ticket, e attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dal lunedì al venerdì in fasce orarie dedicate con personale dedicato. Nella Casa di Comunità Ovest di Reggio Emilia è stato inoltre attivato il primo Centro di Assistenza Urgenza (CAU) il cui funzionamento è di seguito dettagliato.

Nelle Case di Comunità attualmente attive sono presenti, oltre agli specialisti e i 140 Infermieri territoriali dell'Azienda, 74 MMG e 23 PLS.

Nelle CdC le prestazioni specialistiche sono effettuate con richiesta del MMG attraverso la prenotazione del cittadino tramite CUP (fisico, telefonico o online), Fascicolo Sanitario Elettronico, alcune Farmacie e attraverso la App "ER Salute". Le stesse modalità di prenotazione valgono per i servizi non specialistici con, in alcuni casi, accesso diretto degli assistiti.

Secondo il modello della medicina di iniziativa, in quasi ogni Casa di Comunità è attivo l'ambulatorio della cronicità, già presente nelle Case della Salute, deputato alla chiamata attiva dei pazienti inseriti nel PDTA dello scompenso cardiaco nonché alla gestione dell'assistenza domiciliare applicata al Percorso. Questo modello operativo permette l'integrazione con i servizi sociali territoriali per la presa in carico della popolazione, in collaborazione con Comuni, associazioni di pazienti e di volontariato.

4.2. Le Centrali Operative Territoriali

Nell'ambito delle Case di Comunità sono stati realizzati gli spazi destinati

alle Centrali Operative Territoriali (COT), attive da giugno 2024, permettendo così di superare e integrare i precedenti modelli dei Punti Unici di Accesso (PUA) e delle Accoglienze SID.

Il modello organizzativo dell'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia prevede la presenza di una COT per ogni Distretto (Fig. 2) afferenti al Dipartimento di Cure Primarie, di cui una COT sovra-distrettuale presso Reggio Emilia, con funzioni di coordinamento, attivazione di servizi trasversali e monitoraggio dei dati, che garantisce una disponibilità di 7 giorni su 7 su tutto il territorio provinciale, attraverso modelli di interconnessione tra COT.

Nella COT Distrettuale è presente una équipe multiprofessionale composta da un coordinatore delle professioni sanitarie, 9 infermieri (suddivisi tra le diverse strutture) e medici. Per assicurare una corretta ed efficiente integrazione socio-sanitaria, è inoltre presente almeno un assistente sociale del servizio sanitario, in stretto collegamento funzionale con gli assistenti sociali degli ospedali, degli enti locali, delle unioni e degli altri servizi specialistici. Ogni Centrale è coordinata da un responsabile delle professioni sanitarie, mentre nella COT sovra-distrettuale è presente anche un Medico del Dipartimento di Cure Primarie con competenze sia cliniche che organizzative.

La COT ha il compito di garantire la transazione Ospedale-Territorio (es. cure domiciliari, OSCO, hospice ecc.), Territorio-Territorio (ossia tra servizi erogati sempre erogati a livello territoriale), e Territorio-Ospedale in seguito alla riacutizzazione di situazioni di fragilità, cronicità complessa e

non autosufficienza, indipendentemente dall'età.

La presa in carico di un caso da parte della COT viene attivata dal professionista sanitario che ha in carico/cura il paziente che propone il setting assistenziale più appropriato, in seguito alla valutazione della Centrale, e provvede a richiedere l'attivazione di ulteriori servizi valutando i bisogni e la fragilità del paziente in relazione ai criteri di accesso dei servizi presenti sul territorio. Inoltre, la COT può richiedere, qualora ritenga necessario un approfondimento, una consulenza/valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) coinvolgendo tutti i professionisti che ritiene opportuno. Quest'ultima viene poi attivata e organizzata dai Poli Sociali Territoriali. L'attività di valutazione può essere svolta dalla stessa COT che sta gestendo il caso o da una COT diversa, più vicina al setting di partenza del paziente. In seguito, la COT attiva, secondo un percorso individuale, i servizi sanitari e/o sociali e li coordina e monitora mediante infrastrutture tecnologiche e informatiche con l'obiettivo di massimizzazione e ottimizzazione delle risorse.

In conclusione, è rilevante segnalare il progetto "COT DEVICES", programmato dall'Azienda in collaborazione con la Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, che prevede la fornitura di 543 KIT da suddividere tra le COT della Provincia di Reggio Emilia. I KIT sono composti da differenti dispositivi per il telemonitoraggio (es. Linktop multiparametrico, spirometro e bilancia) per la rilevazione e il monitoraggio da remoto di alcuni parametri clinici (es. pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione O₂, glicemia, etc.). La diffusione dei

dispositivi da parte delle COT permetterà anche l'implementazione di progetti pilota di telemedicina volti, in un primo momento, ai pazienti arruolati nei PDTA di gestione della cronicità.

4.3. L'assistenza domiciliare

Il miglioramento delle Cure Domiciliari, già attive prima del DM 77 sul territorio regionale, è da sempre un obiettivo prioritario per il Dipartimento delle Cure Primarie, sottolineato anche dalle attività di monitoraggio e incontro con le équipes coinvolte, nonché da quelle di sensibilizzazione dei nuovi MMG alla presa in carico congiunta. Questo modello organizzativo si articola in un livello di base (Cure Domiciliari di Base) e nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) a sua volta suddivisa per complessità assistenziale in I, II e III livello. Esse si integrano nella Rete Locale di Cure Palliate, che vede il domicilio come un nodo importante, se non il setting privilegiato di assistenza del paziente.

Nell'assistenza domiciliare viene garantita la continuità delle cure, anche al fine di una tempestiva gestione delle urgenze, tramite l'integrazione di diversi servizi. L'attività medica viene erogata dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta o dal suo sostituto dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8 alle 20. Dalle ore 20 alle 8 tutti i giorni (feriali, prefestivi e festivi) e dalle ore 8 alle 20 nei giorni prefestivi e festivi è invece attivo il Servizio di Continuità Assistenziale. Il Servizio è attivabile contattando telefonicamente la Centrale Operativa telefonica unica provinciale, al quale rispondono i medici che, in seguito a un'attenta valutazione del bisogno, attiveranno i colleghi per visita ambu-

litoriale/domiciliare oppure concluderanno l'intervento fornendo consigli qualora il problema sia risolvibile telefonicamente.

Rispetto al personale infermieristico, il SID è attivo dal lunedì alla domenica. Per i pazienti in ADI cure palliative è possibile attivare la pronta disponibilità infermieristica, un servizio che si attiva durante le ore non coperte dal SID, su base distrettuale, in cui la continuità è garantita da un pool di infermieri dedicati alle cure palliative debitamente formati. Il servizio è rivolto ai pazienti arruolati in possesso dei criteri di arruolamento.

I precedenti sforzi organizzativi ed esperienze rispetto all'assistenza domiciliare hanno permesso all'Azienda di avere competenze e processi operativi consolidati, che a loro volta hanno garantito un tasso aziendale di presa in carico in regime di ADI di pazienti over sessantacinquenni pari a 11,97% già nel 2022 (sovrapponibile al 11,46% del 2023), dato superiore al valore previsto dal DM 77 (10% della popolazione target) nonché alla media regionale.

4.4. Gli Infermieri di Comunità

A oggi gli infermieri del SID son 140. È attualmente in corso presso l'Azienda la formazione di tutti gli infermieri SID affinché acquisiscano anche le competenze necessarie a diventare "Infermieri di Comunità" come da criteri DM 77.

La sperimentazione più significativa nel contesto dell'assistenza territoriale locale è rappresentata dal progetto "Infermiere di comunità" (IFeC) facente parte degli interventi attuativi della "Strategia Aree Interne" a sostegno della popolazione residente in "aree disagiate" quali i territori monta-

ni (grandi distanze, bassa densità abitativa). Il progetto prese avvio già a partire da maggio 2019 con la formazione e il coinvolgimento di 3 Infermieri di Comunità afferenti al Servizio Infermieristico Domiciliare di Castelnuovo Monti. Tramite la formazione continua e professionalizzante degli infermieri dei SID, l'obiettivo è quello di intercettare e raggiungere precocemente le necessità delle realtà più isolate attraverso la figura dell'"Infermiere di Comunità Diffuso".

Il progetto, volto a supportare un modello di presa in carico infermieristica proattiva per la popolazione over 65, attua una collaborazione e integrazione delle attività dell'IFeC con le figure sanitarie, sociali e di volontariato già presenti sul territorio (MMG, personale ADI, medici specialisti, Assistenti Sociali, Volontariato) per valutare precocemente la fragilità attraverso utilizzo di scale e proporre percorsi volti alla risoluzione o presa in carico della fragilità individuata, di effettuare visite periodiche programmate a domicilio o in ambulatorio di prossimità.

4.5. Gli Ospedali di Comunità

Con l'inaugurazione del primo Ospedale di Comunità (OSCO) a marzo 2023 presso l'Ospedale Magati di Scandiano, la Provincia di Reggio Emilia ha attivato anche questo "cantier" previsto dal DM 77. L'OSCO è dotato di 12 posti letti estendibili a un massimo di 20, coerentemente con quanto previsto dal Decreto. Presso la struttura operano un medico con presenza giornaliera, 7 infermieri, operatori socio-sanitari presenti nelle 24 ore, e fisioterapisti. In caso di necessità è inoltre possibile il coinvolgimento di Specialisti per consulenze *ad hoc*.

Il ricovero in OSCO è un servizio rivolto a pazienti residenti nella provincia di Reggio Emilia affetti da patologie acute minori che necessitano cure difficilmente gestibili a casa, pazienti cronici che richiedono controlli periodici e terapie complesse, e pazienti in dimissione dai reparti ospedalieri per la gestione della transizione ospedale-territorio. La segnalazione del paziente candidabile al ricovero può essere effettuata mediante apposito modulo informatizzato da parte del MMG, del medico specialista, dell'infermiere *Case Manager*, oppure direttamente dalla COT su segnalazione delle figure professionali che seguono il paziente. A seguito di verifica dell'équipe interdisciplinare di accoglienza e conferma dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), viene confermata la presa in carico.

A oggi, l'OSCO di Scandiano conta 175 UVMD effettuate, di cui il 75% con conferma di idoneità per un totale di 132 pazienti ricoverati in OSCO (circa 1:4000 abitanti) e provenienti da Ospedale, Hospice o Domicilio (Fig. 3). Coerentemente con gli obiettivi del DM 77, la degenza media è pari a 20 giorni, pertanto inferiore ai 30 giorni. Durante il ricovero viene redat-

to il PAI, condiviso con il paziente, i familiari e il MMG. Particolarmente incoraggiata la partecipazione del curante, con il quale il Medico responsabile clinico dell'OSCO si mantiene in contatto in tutte le fasi del percorso di cura. A seguito del ricovero, con l'obiettivo di garantire la continuità di cura e ridurre la probabilità di riacutizzazioni, l'équipe multidisciplinaria effettua follow-up periodici con il coinvolgimento di MMG e familiari per verificare il raggiungimento degli obiettivi del PAI, di norma a 6 e 12 mesi dalla data di sottoscrizione del PAI.

Con l'impiego dei fondi PNRR, entro il 2026 è prevista la realizzazione di altri 3 OSCO nella Provincia (Castelnovo ne' Monti, Guastalla, Reggio Emilia), al fine di garantire la presenza di 1 OSCO ogni 100.000 abitanti come previsto dal Decreto.

5. Ulteriori evoluzioni del Modello organizzativo territoriale

Con l'obiettivo di un continuo potenziamento dell'assistenza territoriale ai pazienti della Provincia, l'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia si è impegnata nello sviluppo di ulteriori servizi volti a ottimizzare l'organizzazione della rete assistenziale e al contempo assicurare la copertura dei

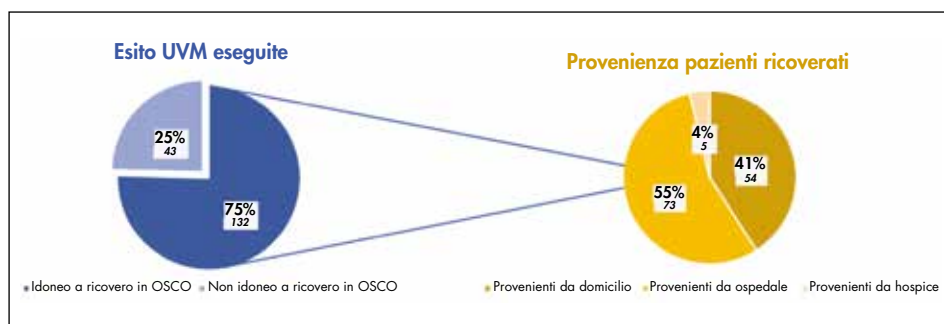


Fig. 3

Esito UVM eseguite e provenienza pazienti ricoverati

Fonte: Rielaborazione dati Ospedale di Comunità di Scandiano

bisogni. Tali interventi comprendono una riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, l'attivazione di Centri di Assistenza per l'Urgenza (CAU) e l'istituzione di Nuclei di Assistenza Territoriale (NAT).

5.1. La riorganizzazione della continuità assistenziale

Al fine di efficientare la gestione dei servizi di continuità assistenziale da parte dei medici della Provincia di Reggio Emilia, in ottobre 2023 è stata avviata la riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale. Precedentemente era prevista una gestione autonomia dei medici del servizio, la riorganizzazione ha invece previsto la centralizzazione della modalità di accesso e l'ottimizzazione di interventi telefonici e accessi ambulatoriali e al domicilio.

L'accesso al servizio avviene mediante Centrale Unica Cure Non Urgenti, centrale telefonica unica a livello provinciale che effettua un triage mediante Scheda di Intervento Telefonico su cartella clinica informatizzata, al fine di verificare l'adeguatezza della struttura rispetto ai bisogni del paziente. La Centrale può erogare direttamente consigli telefonici o programmare un accesso ambulatoriale o un intervento al domicilio del paziente.

Il Servizio è attivo dalle 20 alle 8 nei giorni feriali e dalle 8 alle 20 nei giorni prefestivi e festivi. Il personale medico è suddiviso tra Medici di Centrale telefonica, Medico referente di Centrale, Medici ambulatoriali (10 sedi per visite ambulatoriali) e Medici di Unità domiciliare (in totale 7 unità).

5.2. L'attivazione dei Centri di Assistenza Urgenza

Nella Casa di Comunità Ovest del Distretto di Reggio Emilia è stato atti-

vato a dicembre 2023 il primo Centro Assistenza Urgenza (CAU) dell'Azienda, struttura sanitaria dedicata all'assistenza di pazienti con problemi di salute urgenti ma non gravi che afferrisce organizzativamente alla rete assistenziale delle cure primarie. Mediante la gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che spesso portano alla saturazione del Pronto Soccorso (PS), l'obiettivo è la riduzione dei tempi di attesa nei PS affinché possano gestire efficacemente casi urgenti di maggiore complessità. Entro il 2026 è prevista l'attivazione di almeno un CAU per Distretto.

Il CAU è attivo e accessibile per tutta la settimana, con copertura oraria sulle 24 ore. L'accesso al CAU avviene mediante Centrale Unica Cure Non Urgenti. Importante evidenziare lo sforzo dell'Azienda di favorire l'accesso ai CAU tramite centrale telefonica anziché diretta, con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza degli accessi e al contempo favorire una riduzione nei tempi di attesa in loco. Presso la centrale telefonica CAU operano 7 infermieri, l'assistenza è invece garantita dal personale medico di assistenza primaria e infermieristico che lavora in équipe, per un totale di 67 medici a tempo parziale e 15 infermieri. Il personale medico prende incarico presso i CAU solo a seguito di partecipazione a un bando selettivo e idonea formazione.

Le prestazioni che possono essere erogate presso i CAU comprendono visita medica, esami diagnostici a completamento, trattamento farmacologico al bisogno, prescrizione di terapia per patologie di nuova insorgenza o terapie essenziali, procedure chirurgiche minori (es. suture, medicazioni), pre-

lievi per indagini di laboratorio, osservazioni post-trattamento e attivazione di percorsi/prestazioni a completamento dell'iter diagnostici. Il CAU si integra nella rete dei servizi territoriali mantenendo interfacce organizzative con COT, UCCP, MMG e PLS, Continuità Assistenziale e DEA di I e II livello.

Dal mese di dicembre 2023 è attivo dalle 8 alle 24, 7 giorni su 7, anche il CAU di Correggio con le medesime modalità operative sopra descritte.

5.3. I Nuclei Assistenza Territoriale

In alcune aree della Provincia di Reggio Emilia è stata rilevata la presenza di un crescente numero di cittadini senza assistenza medica di base. Pertanto, ad aprile 2022 l'Azienda ha istituito i Nuclei di Assistenza Territoriale (NAT) finalizzati a garantire un'assistenza sanitaria anche a cittadini privi di scelta medica. I NAT sono Unità Operative Fondamentali (UOF) costituite da medici, infermieri e personale amministrativo attivi sulle 12 ore.

L'accesso ai NAT avviene mediante Centrale Operativa dedicata, costituita da personale amministrativo che gestisce e filtra le richieste di assistenza e da un medico di Centrale che gestisce le urgenze e supervisiona il personale. In base alle necessità del paziente, vengono programmati appuntamenti presso ambulatori medici di assistenza primaria presso le CdC attivabili in modalità itinerante, oppure ambulatori infermieristici per la gestione di prestazioni infermieristiche. Possono inoltre essere programmati interventi al domicilio per pazienti non autosufficienti e con difficoltà nella deambulazione mediante attivazione di agende domiciliari di medico e infermiere. Le visite sono refertate su apposito applicativo che

permette la visualizzazione dei referti in FSE e sul DWH clinico aziendale. Il NAT può collaborare direttamente con altri servizi presenti nelle CdC, come per esempio l'ambulatorio di medicazioni complesse o il SID. Nell'anno 2023, sono stati presi in carico 9.000 pazienti dai NAT, con un totale di più di 17.000 prestazioni erogate.

6. Il ruolo della formazione

Il Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda promuove in maniera continuativa azioni formative rivolte a MMG, PLS, continuità assistenziale mirate all'integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali nonché allo sviluppo di competenze di gestione delle strutture del territorio mediante l'istituzione di un piano formativo aziendale rivolto al personale dipendente e convenzionato. Il Dipartimento organizza la formazione rivolta ai medici di assistenza primaria mediante eventi residenziali e formazione a distanza (47 eventi formativi totali nel 2023). Importante evidenziare come l'Azienda garantisca l'attivazione della continuità assistenziale durante tali eventi formativi accreditati ECM, al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati.

Ulteriori attività formative prevedono la presente congiunta di MMG e medici specialisti. Un caso virtuoso è, per esempio, il progetto formativo sull'appropriatezza terapeutica che ha coinvolto il personale ospedaliero delle Malattie Infettive e i MMG del territorio e portato alla realizzazione di schede di gestione della terapia antibiotica. Una parte della formazione è infine destinata alle professioni sanitarie, in particolare il personale operante nel servizio infermieristico domiciliare e nel percorso cronicità.

Per i professionisti operanti presso le CdC viene offerto un percorso formativo volto alla diffusione di percorsi e strumenti disponibili a livello aziendale e locale, quali per esempio *tool* per l'identificazione di soggetti fragili e la stratificazione del rischio, lo sviluppo di collaborazione e integrazione intere multi-professionale, e la conoscenza di peculiarità del territorio in cui la CdC si inserisce.

7. Il coinvolgimento della comunità: terzo settore, enti locali, popolazione

L'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia pone particolare attenzione al coinvolgimento e l'empowerment della comunità nella rete dei servizi territoriali. Sono infatti presenti sei Comitati Consultivi Misti (CCM), uno per Distretto, enti composti da rappresentanti delle associazioni di tutela e volontariato (in numero maggioritario), componenti dell'Azienda USL e rappresentati dei MMG e degli enti locali. Obiettivo primario dei CCM è il miglioramento continuo di comunicazione e coinvolgimento del cittadino, unitamente al miglioramento della qualità dei servizi. A tale scopo, sono numerose le azioni svolte nel territorio dell'Azienda per favorire la partecipazione delle comunità.

In primo luogo, vengono impiegati i principali canali di comunicazione per una diffusione capillare delle principali novità che caratterizzano i servizi del territorio, in particolare mediante la stampa, le emittenti televisive, l'aggiornamento del sito internet aziendale, e la distribuzione di materiale informativo. L'Azienda si impegna inoltre nell'organizzazione di eventi di informazione e sensibilizzazione dedicati alla popolazione, anche grazie alla col-

laborazione con associazioni di tutela e volontariato. Per esempio, hanno avuto luogo numerosi eventi con associazioni locali di volontariato dedicati all'illustrazione delle risposte fornite dai servizi territoriali alle domande di salute dei cittadini, con l'obiettivo di fornire una chiara e puntuale mappatura dell'offerta. Esperienza di particolare rilevanza è stata inoltre la realizzazione, nel 2022, di un report del "profilo di salute" della popolazione afferente alle nuove CdC, ovvero l'identificazione dei principali bisogni di salute, delle fragilità ed eventuali ambiti di intervento nella comunità di riferimento al fine di attuare interventi mirati e proattivi. Vengono effettuati incontri con il personale delle CdC e l'intera comunità per la condivisione dei dati raccolti, la valutazione dei bisogni e dei possibili interventi.

Ulteriori iniziative che hanno visto coinvolta la comunità comprendono progetti di co-creazione delle nuove CdC in progettazione, attività di sensibilizzazione degli utenti su tematiche di interesse sanitario mediante coinvolgimento di esperti del settore (promozione della salute e prevenzione, alimentazione, gestione dei principali sintomi pediatrici, disagio giovanile, fine vita), incontri tra professionisti delle Cure Primarie per favorire l'integrazione interprofessionale, open-day e progetti volti a fornire ai cittadini e al terzo settore strumenti per l'identificazione dei pazienti fragili.

8. I piani di sviluppo territoriale per il prossimo triennio

L'estrema dinamicità nella rimodulazione dell'offerta sanitaria sul territorio in questo periodo storico, guidata dall'applicazione del DM 77, rappresenta un'occasione unica di sviluppo

per le Cure Primarie. Oltre a quanto già descritto, nel prossimo triennio presso l'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia si lavorerà per continuare a potenziare i servizi territoriali.

Verrà completata entro il 2026 la realizzazione di tutti gli interventi previsti dal DM 77 (CdC, OdC, COT, UCA) e l'attivazione di almeno un CAU per distretto. Tra gli obiettivi di budget della U.O. Cure Primarie è inoltre previsto il monitoraggio di indicatori di performance dei servizi erogati da CdC e OSCO.

Importante obiettivo strategico è inoltre il miglioramento dei livelli di qualità dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), il cui sviluppo è monitorato mediante indicatori di performance quali il tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura, il tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare ≥ 75 anni x 1.000 residenti e la percentuale di prese in carico in ADI entro tre giorni dalla dimissione ospedaliera.

A partire dall'esperienza dell'IFeC nel territorio montano, si lavorerà per orientare sempre di più l'approccio del servizio infermieristico domiciliare al sostegno e all'integrazione con la comunità, anche grazie a idonei percorsi formativi. Sarà progressivamente esteso l'utilizzo della piattaforma regionale di telemedicina per il monitoraggio e la sorveglianza attiva dei pazienti a domicilio. Nel triennio 2023-2025, la presa in carico dell'infermiere della cronicità sarà esteso ad altre persone con patologie croniche e fragili, potenziando l'integrazione con i servizi sociali territoriali, in collaborazione con Comuni, associazioni di pazienti e di volontariato.

Inizierà il percorso per l'informatizzazione della scheda territoriale integrata, utilizzata dai professionisti medici

e delle professioni sanitarie che assistono i cittadini al domicilio, al fine di migliorare lo scambio delle informazioni clinico assistenziali, anche con i medici di continuità assistenziale, e la sicurezza dell'assistenza. Lo stesso percorso viene messo in atto anche per i pazienti con patologia cronica inseriti nel PDTA.

Sarà, inoltre, valutata la fattibilità di un'implementazione del servizio di continuità assistenziale con unità domiciliari anche nelle ore diurne che possano dedicarsi unicamente al paziente al domicilio, in modo da aumentare il numero e la qualità dell'assistenza, anche attraverso l'utilizzo di strumentazione, quali ecografi portatili o point-of-care test e l'integrazione con personale infermieristico, costituendo le Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

9. Conclusioni. Si può fare

Il caso dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia è davvero esemplare per molte ragioni, a partire dalle innovazioni organizzative concretizzate ancora prima e poi in coerenza con quanto previsto dal DM 77 fino ai risultati raggiunti nella copertura dei bisogni di salute sul territorio.

Ma la ragione per cui è ancora di più interessante è perché il suo studio aiuta a comprendere come l'affrontare la sfida della cronicità e quella del potenziamento di un'offerta di servizi sul territorio capace di riequilibrare l'uso dell'ospedale, richieda un cambio di paradigmi, di focus della politica sanitaria.

In particolare, questi che seguono i cambi paradigmatici che troviamo nel lavoro di trasformazione del "territorio" svolto a Reggio Emilia in applicazione del DM 77.

Primo: il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa. La medicina di iniziativa si inserisce nel filone di pensiero della *Community Oriented Primary Care* (COPC – cure primarie orientate alla Comunità) che prevede un'azione fondata sulla sistematica valutazione dei bisogni sanitari della popolazione e l'implementazione di interventi con il coinvolgimento di specifici gruppi di popolazione (es: rivolti al cambiamento degli stili di vita o al miglioramento delle condizioni di vita). Il lavoro degli infermieri di comunità, quello delle COT, la telemedicina e il coinvolgimento ampio di terzo settore, enti locali e popolazione ben si collegano a questa "ambizione" di cambio di prospettiva e postura: da sistema di offerta puramente prestazionale che risolve bisogni a sistema di "garanzia della salute" che evita l'insorgere di bisogni.

Secondo: potenziare la capacità del sistema di orientare e governare la domanda di prestazioni, guidandola verso luoghi, professionalità e livello di servizio appropriato. Ciò implica organizzare i servizi per facilitare l'interazione tra assistito e sistema, e in particolare per lavorare su questi aspetti:

- offrire agli assistiti le massime facilitazioni nell'accesso ai servizi, utilizzando ampiamente strumenti come telefono, e-mail e internet nelle relazioni tra pazienti e professionisti;
- coinvolgere i pazienti nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il counseling e il supporto all'autocura;
- allestire sistemi informativi, accessibili anche agli assistiti, in grado di documentare i risultati e la qualità degli interventi sanitari;
- organizzare sistemi di follow-up e reminding che agevolino il controllo dei processi di cura, in particolare nel campo delle malattie croniche;
- garantire l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici e il conseguente coordinamento tra i diversi professionisti e la continuità dell'assistenza tra differenti livelli organizzativi come, per esempio, tra ospedale e territorio.

Tutto questo si ritrova nell'assetto del sistema di offerta territoriale (ivi incluso ruolo dell'ospedale "distrettuale" e quello degli ospedali di comunità) costruito dall'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia nel dare attuazione al DM 77.

Infine, terzo: dalla medicina generale alle cure primarie allargate alla gestione della complessità. Appare evidente come la figura del solo medico di medicina generale (MMG) non può reggere la sfida della cronicità per i suoi assistiti. La natura assistenziale dell'intervento sui cronici prevede forme organizzate di integrazione anche di natura interistituzionale. Infatti, sviluppare forme di coordinamento con gli interlocutori degli enti locali, del privato accreditato e del terzo settore consentirebbe di coordinare e fluidificare il processo erogativo per patologia o aree di bisogno che trova di frequente nei confini istituzionali barriere quasi invalicabili. Per esempio, l'intercettazione del disagio, l'intervento sull'ambiente sociale e la presa in carico attraverso programmi domiciliari. La valorizzazione dei ruoli infermieristici e di tutte le professioni è ulteriore atto fondamentale di questo percorso trasformativo. E anche questo trova corrispondenza negli interventi attuati dall'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, così come lo sviluppo di forme

di risposta efficaci per problemi emergenti e nuove “complessità”, quali quelle della continuità assistenziale, dei CAU e dei nuclei di assistenza territoriale.

In questa prospettiva, la chiave di lettura del caso dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia non si esaurisce “solo” nell'attuazione del DM 77 come “insieme di azioni e fatti”, comunque già di per sé risultato da conseguire

assai difficile per le attenzioni e sfide ben sottolineate nell'introduzione di questo contributo, ma include anche gli elementi che oggi individuano la transizione valoriale più profonda che sta interessando il modo di fare e concepire la politica sanitaria per lo sviluppo di un servizio sanitario pubblico più preparato a misurarsi con le sfide della contemporaneità.

BIBLIOGRAFIA

Cinelli G., Dalponte F., Ferrara L., Tozzi V. D., & Zazzerà A. (2023). L'implementazione del DM 77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie. In: *Rapporto OASI 2023* (pp. 207-231). Milano: Egea.

Curcetti C., Morini M., Parisini L., Rossi A., Tassinari M. C., & Brambilla A. (2011). *La programmazione delle “Case della Salute” nella Regione Emilia-Romagna*.