

Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa

Indice

1. Le Case della Salute in Emilia-Romagna	3
1.1. Le finalità delle nuove indicazioni regionali	3
1.2. Lo sviluppo delle Case della Salute	5
1.2.1. La popolazione di riferimento.....	8
1.3. La Casa della Salute nella comunità	9
1.4. La comunità di professionisti	10
2. L'organizzazione delle Case della Salute a media/alta complessità (Hub)	11
2.1. Le funzioni chiave della Casa della Salute	14
2.2. La committenza e la gestione	16
2.3. Il coordinamento organizzativo e clinico-assistenziale	17
2.4. Il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.....	20
2.5. Il ruolo dell'assistenza specialistica	21
2.6. La continuità territorio-ospedale.....	21
2.7. L'integrazione con il Servizio Sociale Territoriale.....	23
2.8. La presa in carico della cronicità secondo la medicina d'iniziativa: l'ambulatorio infermieristico	24
3. Lo sviluppo degli Ospedali di Comunità	26
4. La Rete delle Cure Palliative	26
5. Gli strumenti per il miglioramento delle pratiche professionali.....	27
6. L'ICT a supporto della governance e della comunità di professionisti.....	29
7. Il monitoraggio e la valutazione regionale	32

1. Le Case della Salute in Emilia-Romagna

1.1. Le finalità delle nuove indicazioni regionali

L'esperienza maturata

Sono passati 6 anni dalla istituzione formale delle Case della Salute in Emilia-Romagna, avvenuta nel 2010 (DGR 291/2010), ed oggi sono 84 le Case della Salute funzionanti con una popolazione di riferimento pari al 43% dei 4 milioni e 500 mila abitanti dell'Emilia-Romagna.

Il monitoraggio regionale, avviato dal 2011, delle esperienze di sviluppo delle Case della Salute ha permesso di comprenderne i punti di forza e di criticità. Un contributo fondamentale nella comprensione delle priorità future di sviluppo delle Case della Salute è stato offerto dal confronto locale, con tutti gli attori coinvolti nella realizzazione delle Case della Salute, e regionale, attraverso un ampio confronto con diversi ambiti istituzionali e parti sociali.

Questi primi 6 anni di sviluppo delle Case della Salute si sono caratterizzati per almeno quattro aspetti.

In primo luogo, per una focalizzazione sugli aspetti strutturali e sul sistema di offerta delle Case della Salute, o, detto in altri termini, per una maggiore attenzione al "luogo", all'hardware, più che al "modo" di funzionamento, al software.

In secondo luogo, per la crescente variabilità delle esperienze di sviluppo delle Case della Salute. Tale variabilità è espressione diretta dell'adattamento delle singole Case della Salute alle specificità del territorio ed ai bisogni delle comunità che in esso vivono; essa offre, inoltre, l'opportunità per comprendere quali aspetti occorre migliorare per lo sviluppo futuro delle Case della Salute.

In terzo luogo, per un orientamento più focalizzato allo sviluppo di Case della Salute con livelli diversi di complessità a seconda dei bisogni della popolazione di riferimento, complessità non strettamente riconducibile alla originaria classificazione proposta nelle indicazioni regionali del 2010: piccola, media, grande. Con tale complessità non viene inteso solo l'insieme e le caratteristiche dei servizi e delle funzioni presenti nella Casa della Salute, ma soprattutto il livello di coordinamento e di integrazione tra gli stessi (programmi/percorsi assistenziali integrati/équipe multiprofessionali e interdisciplinari).

In quarto luogo, per la presenza in alcuni ambiti distrettuali di una rete integrata di Case della Salute, simile al modello organizzativo Hub&Spoke, già utilizzato in Emilia-Romagna per l'assistenza ospedaliera. Questo modello di rete integrata di Case della Salute si caratterizza per la presenza di Case della Salute a bassa complessità distribuite capillarmente nel territorio aventi come riferimento Case della Salute a media/alta complessità.

Non ultimo, si evidenzia come le Case della Salute siano state realizzate all'interno di strutture con finalità diverse, incluso ex-scuole, ex-teatro. La maggior parte delle Case della Salute a media/alta complessità e gli Ospedali di Comunità sono stati realizzati come riqualificazione di strutture

ospedaliere, di base e di I livello (secondo classificazione DM 70/2015), oppure all'interno di strutture ospedaliere ancora funzionanti.

Le Case della Salute come processo di cambiamento dell'assistenza territoriale

Il percorso di sviluppo delle Case della Salute dell'Emilia-Romagna si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, e socio-sanitaria, per migliorare l'appropriatezza e la continuità della risposta ai bisogni della popolazione regionale.

Questo processo richiede un profondo cambiamento culturale, non solo delle organizzazioni e dei professionisti, ma anche della popolazione stessa, che continua a riconoscere nell'ospedale il punto di riferimento per la risposta ai propri bisogni.

Con le Case della Salute la Regione intende realizzare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, strutture che possano essere un punto di riferimento certo per i cittadini, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso e della presa in carico, in integrazione con i professionisti del sociale.

In particolare, **le Case della Salute intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento del cittadino.** In esse operano comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari), secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali.

Le Case della Salute 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.

Infatti, attraverso i concetti di "casa" e di "salute", di cui l'assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei determinanti (e non tra i più importanti), si intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, caregiver, associazioni di pazienti e cittadini. Le Case della Salute possono diventare parte integrante dell'identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse della comunità, in cui si possa sviluppare empowerment.

Non ultimo, le Case della Salute esprimono appieno gli attuali orientamenti europei e nazionali relativi allo sviluppo dell'assistenza territoriale (DG SANCO, 2014; Legge n. 189/2012; Patto per la Salute 2014-2016).

Le finalità delle indicazioni regionali

Queste nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute, a distanza di 6 anni dalle prime, intendono dare maggiore concretezza a quella integrazione orizzontale che è il vero valore aggiunto delle Case della Salute. Per integrazione orizzontale si intende la collaborazione, la partecipazione, la condivisione di obiettivi e azioni tra tutti i protagonisti che concorrono alla progettazione e realizzazione delle Case della Salute, nel rispetto delle specifiche competenze di

ciascuno: medicina convenzionata (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali), dipartimenti territoriali (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche) e ospedalieri delle Aziende Sanitarie, Servizio Sociale Territoriale, la comunità nelle sue diverse forme singole e associate (paziente / caregiver / associazioni di pazienti / Comitati Consultivi Misti, associazioni di cittadini, singoli cittadini, e altro)

In particolare, l'obiettivo di queste nuove indicazioni è definire un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto del coordinamento delle attività, soprattutto nelle Case della Salute a media/alta complessità, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari. I contenuti di queste indicazioni regionali sistematizzano, per la gran parte, le "buone prassi" maturate in questi anni nei singoli territori.

1.2. Lo sviluppo delle Case della Salute

Le Case della Salute della Regione Emilia Romagna intendono garantire in modo coordinato:

1. l'accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
2. la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
3. la prevenzione e promozione della salute;
4. la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H 12 e H 24 di norma a livello distrettuale);
5. la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
6. l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
7. la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver, dei Comitati Consultivi Misti;
8. la promozione dell'integrazione con la Rete Ospedaliera e gli Ospedali di Comunità per garantire la continuità dell'assistenza.

I principi che orientano lo sviluppo delle Case della Salute sono l'equità di accesso e presa in carico, secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e la qualità dell'assistenza, declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza).

A seguito della approvazione delle indicazioni regionali per la realizzazione delle Case della Salute (DGR 291/2010) è stato costituito un gruppo di monitoraggio e valutazione con i professionisti della Regione, delle Aziende e dell'Università di Bologna. Il monitoraggio viene svolto attraverso un questionario annuale compilato dalle Aziende Unità Sanitarie Locali (USL) e approfondimenti qualitativi con audit sul campo. Attraverso tale monitoraggio si intende offrire alle Aziende USL una opportunità di discussione e riflessione sulla evoluzione delle Case della Salute nei singoli territori.

Box 1. Le Case della Salute in Emilia-Romagna: stato dell'arte

In Emilia-Romagna ad ottobre 2016 le Case della Salute funzionanti sono 84, di cui il 61% (50) di tipologia "media" e "grande", e il 40% (34) di tipologia "piccola" (secondo la classificazione della DGR 291/2010). Le Case della Salute programmate sono 38, con una distribuzione percentuale delle tipologie ("piccola, media, grande") simile a quelle funzionanti.

Dal 2011 al 2016 (ottobre), il numero di Case della Salute (CdS) funzionanti è sostanzialmente raddoppiato, passando da 42 a 84.

La popolazione residente in Emilia-Romagna con una CdS di riferimento è pari al 43% del totale della popolazione (1.903.664 / 4.454.393 abitanti).

La distribuzione a livello aziendale e distrettuale delle 84 Case della Salute funzionanti presenta un'ampia variabilità. Diversi fattori concorrono a spiegare tale variabilità, a cominciare dalle caratteristiche del territorio (es. pianura / collina / montagna; area urbana / rurale; viabilità), della popolazione (es. densità, profilo socio-demografico e di salute), e dalla distribuzione storica di servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

La pianificazione delle Case della Salute si pone, in ultima istanza, come esito di una decisione condivisa tra Aziende Unità Sanitarie Locali e Sindaci, come rappresentanti e garanti dei bisogni della comunità, nell'ambito delle sedi istituzionali preposte: Comitato di Distretto e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Nel box 2 vengono illustrate le caratteristiche delle Case della Salute, distinte in Case della Salute a bassa e a media/alta complessità assistenziale. Tali definizioni riprendono la precedente classificazione di "piccola" e "media/grande" (DGR 291/2010), e la integrano valorizzando il livello di coordinamento e di collaborazione tra Enti (Aziende Sanitarie / Enti Locali) e servizi e professionisti diversi (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche, ospedale, servizi sociali). Pertanto, maggiore sarà l'attivazione e la presenza di programmi / percorsi assistenziali integrati / équipe multiprofessionali e interdisciplinari e maggiore sarà il livello di complessità assistenziale.

Inoltre, le due tipologie di Casa della Salute, a bassa e a media/alta complessità, possono configurarsi nei singoli ambiti distrettuali come una rete integrata, simile al modello organizzativo Hub&Spoke, tale per cui le Case della Salute a bassa complessità assistenziale rappresentano il centro Spoke e le Case della Salute a media/alta complessità il centro Hub di riferimento.

Indipendentemente dalla distinzione bassa e media/alta complessità, il minimo comun denominatore dell'esperienza regionale delle Case della Salute sono le équipe multiprofessionali e interdisciplinari composte da medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, infermiere, assistente sociale, assistenza ostetrica e medico specialista di riferimento (vedi paragrafo "1.4 La comunità di professionisti")

Box 2. I livelli di complessità delle Case della Salute

Nella Casa della Salute a **bassa complessità assistenziale (Spoke)** viene garantito l'accesso alle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); amministrative; valutazione del bisogno; assistenza del medico di medicina generale; assistenza del pediatra di libera scelta; assistenza infermieristica (ambulatorio prestazionale e ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità); assistenza specialistica a supporto dei percorsi; assistenza ostetrica; e assistenza sociale.

Nella Casa della Salute a **media/alta complessità assistenziale (Hub)** viene garantito l'accesso H 12 alle funzioni presenti nella Casa della Salute a bassa complessità e alle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); amministrative (Centro Unico di Prenotazione); valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale, sportello sociale); di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici, distribuzione farmaci); prevenzione collettiva e sanità pubblica (es. vaccinazioni, screening); ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità e ambulatorio prestazionale; assistenza a favore della donna; dell'infanzia e delle giovani generazioni, e delle famiglie (consultorio familiare); assistenza per problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche; centro per i disturbi cognitivi e le demenze; assistenza specialistica; diagnostica strumentale ecografica e radiologica; ed eventualmente anche chirurgia ambulatoriale; recupero e rieducazione funzionale; assistenza domiciliare; rete cure palliative. Inoltre, i professionisti della Casa della Salute organizzano e/o partecipano ad attività di promozione della salute individuale e collettiva.

Nella Casa della Salute a media/alta complessità assistenziale possono essere facoltativamente presenti strutture semi-residenziali e/o residenziali sanitarie (es. ospedale di comunità, hospice) e socio-sanitarie rivolte a diverse tipologie di persone (es. anziani, disabili, non autosufficienti, persone con problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche).

Nella realizzazione delle Case della Salute a media/alta complessità è necessario evitare l'eventuale ridondanza di servizi disponibili in un medesimo ambito territoriale, soprattutto rispetto alla diagnostica strumentale. Tale criterio è di particolare rilevanza nelle aree urbane densamente popolate, dove possono essere presenti ospedali e sedi in cui sono già centralizzate numerose attività dei dipartimenti territoriali.

Non ultimo, nelle Case della Salute possono essere presenti ambienti dedicati per l'associazionismo.

Per quanto riguarda il servizio di continuità assistenziale (ore notturne e giorni pre-festivi e festivi) si prevede che in ogni ambito distrettuale o inter-distrettuale, sulla base della densità della popolazione, almeno 1 Casa della Salute a media/alta complessità garantisca la risposta H 24, ovvero abbia al suo interno il servizio di continuità assistenziale.

La realizzazione delle Case della Salute in tutti i territori costituisce una priorità delle politiche regionali, al fine di garantire equità di accesso e assistenza a tutta la popolazione residente. In particolare, l'obiettivo dei prossimi anni consiste nel:

- potenziare la realizzazione delle Case della Salute nelle aree dove oggi sono maggiormente carenti, con particolare riferimento alle aree urbane densamente popolate (città capoluogo

di Provincia). Ad ottobre 2016 la proporzione di popolazione residente in aree urbane (città capoluogo di Provincia) con una Casa della Salute di riferimento è pari al 29%; la proporzione più elevata di popolazione con una Casa della Salute di riferimento si rileva nelle aree rurali pianeggianti (59%) (vedi tabella 1);

- implementare in tutte le Case della Salute gli elementi organizzativi e assistenziali contenuti nelle presenti indicazioni, permettendo un accesso e una presa in carico della popolazione basata sulla integrazione tra servizi sanitari (territorio e ospedale), tra servizi sanitari e sociali, e più in generale sulla partecipazione di tutte le risorse della comunità di riferimento;
- parallelamente alle Case della Salute, promuovere lo sviluppo degli Ospedali di Comunità (DGR 221/2015) nell'ambito della più ampia riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera (DGR 2040/2015).

Tabella 1. La distribuzione delle Case della Salute e della popolazione di riferimento per aree urbane e zona altimetrica.

Classificazione*	Case della Salute (CdS)		Pop. residente	% pop. residente con CdS di riferimento
	N	Bacino di utenza		
Pianura	45	1.023.051	1.724.302	59%
Collina	21	315.693	847.731	37%
Montagna	9	75.122	188.188	40%
Urbana	9	489.798	1.694.172	29%
Totale	84	1.903.664	4.454.393	43%

* La classificazione utilizzata corrisponde alla zona altimetrica (pianura, collina, montagna), come definita dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), del Comune sede della Casa della Salute. Tale classificazione è stata integrata con una ulteriore categoria "urbana", qualora la sede della Casa della Salute sia nella città capoluogo di Provincia.

Le Case della Salute, con i Nuclei di Cure Primarie di riferimento (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti di riferimento, infermieri, assistenti sociali) rappresentano la garanzia dell'accesso e della presa in carico, nel rispetto della capillarità e della prossimità delle cure ai luoghi di vita delle persone, elemento distintivo dell'assistenza territoriale. I professionisti dei Nuclei di Cure Primarie non inseriti nelle Case della Salute dovranno partecipare e condividere le reti assistenziali integrate che si andranno a definire all'interno delle Case della Salute Hub.

1.2.1. La popolazione di riferimento

La Casa della Salute garantisce l'accesso e la risposta ai bisogni della popolazione che vive nei Comuni del territorio di riferimento, e per alcune funzioni (es. assistenza specialistica, Ospedale di Comunità) garantisce l'accesso e la risposta ai bisogni della popolazione a livello distrettuale.

Dalla analisi dei dati disponibili emerge un'ampia variabilità nella popolazione di riferimento delle Case della Salute:

- la popolazione di riferimento della Casa della Salute a bassa complessità è in media pari a 17.000 abitanti;
- la popolazione di riferimento della Casa della Salute a media/alta complessità è in media pari a 26.000 abitanti.

Si precisa che la **popolazione di riferimento per le Case della Salute a media/alta complessità debba essere superiore ai 30 mila abitanti**. Tale criterio risponde alla necessità di definire una dimensione della popolazione sufficientemente ampia da garantire una risposta equilibrata sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza, ed è coerente con la recente normativa nazionale (Legge n. 189/2012; Patto per la Salute 2014-2016 (art. 5 Comma 3).

Sulla base di quanto affermato nella sopra citata normativa nazionale rispetto alla Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e all'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP), è ragionevole ipotizzare che quest'ultima (UCCP), in qualità di forma organizzativa multiprofessionale e interdisciplinare, possa avere 1 o più Case della Salute di riferimento. Si rimanda, comunque, ai prossimi accordi nazionali e regionali della medicina convenzionata una definizione puntuale e condivisa.

Le Case della Salute a media/alta complessità dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non ancora inseriti nelle Case della Salute, che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute.

1.3. La Casa della Salute nella comunità

I diversi modelli concettuali internazionali sottesi all'idea di Casa della Salute in Emilia-Romagna¹, nonché i principi stessi su cui si fonda il sistema di welfare dell'Emilia-Romagna (partecipazione, condivisione), attribuiscono alla comunità un ruolo di protagonista nel promuovere e garantire la salute della popolazione. In questo senso, la Casa della Salute opera in stretta relazione con la comunità di riferimento ed i suoi bisogni, nuovi e non.

La mappatura dei bisogni rappresenta un elemento fondamentale per comprendere il contesto entro cui si colloca la Casa della Salute. In particolare, è necessario creare "reti nella comunità" in grado di intercettare più precocemente forme di disagio, che non sono intercettate dai servizi, ed entrare in contatto con quella parte di popolazione poco o per nulla conosciuta ai servizi (es. giovani adulti fragili e adolescenti). Nuove alleanze con l'associazionismo emergente e legami con operatori sociali informali (es. commercianti) possono essere fondamentali per lo sviluppo dei servizi territoriali.

Tra gli ambiti di intervento, la prevenzione e la promozione della salute sono probabilmente quelli che meglio si connotano per una dimensione comunitaria (passeggiate, pratiche collettive, spazi di socializzazione che mettano al centro la salute). La prevenzione e la promozione della salute

¹ Si evidenziano i concetti di: primary health care (OMS, 1978; DG SANCO, 2014), community oriented primary care (De Maeseneer et al, 2007), determinanti sociali di salute (Dahlgren and Whitehead, 1993; Commissione dell'OMS, 2007), chronic care model proposto da Ed Wagner (Bodenheimer et al, 2002), e altri.

possono essere realizzate efficacemente attraverso una alleanza crescente tra istituzioni sanitarie, sociali, educative e contesti informali (associazionismo, sport, ecc.).

Le Case della Salute intendono rappresentare una rilevante opportunità per attivare processi di empowerment individuale e di comunità, attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie, Comuni, professionisti, pazienti, caregiver, comunità nelle sue diverse forme, e singoli cittadini):

- nell'analisi dei bisogni, soprattutto inespressi;
- nella individuazione delle priorità di intervento e nella realizzazione delle attività della Casa della Salute;
- nella realizzazione di iniziative di prevenzione e promozione della salute e del benessere;
- nella valorizzazione delle risorse e delle competenze del paziente e del caregiver per potenziare le loro capacità e la loro padronanza nell'affrontare la condizione di malattia, in particolare cronica (es. "Paziente esperto"; gruppi di auto-mutuo-aiuto);
- nel monitoraggio e nella valutazione delle attività e dei risultati conseguiti.

Durante questi ultimi anni la Regione Emilia-Romagna, attraverso il lavoro dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, ha sviluppato e applicato in diversi territori regionali metodologie (dal 2012 i Community Lab) per supportare il sistema dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali nel coinvolgimento attivo delle comunità. Presso alcune Case della Salute sono già in corso processi innovativi di promozione della partecipazione di tutti gli attori della comunità (es. Casa della Salute di Puianello, Casa della Salute di Castelfranco Emilia).

La Regione intende sostenere ulteriormente lo sviluppo di esperienze di Case della Salute che contribuiscano alla definizione, conduzione e valutazione di progetti di salute comunitari basati sulla partecipazione, condivisione e responsabilizzazione di tutti gli attori della comunità di partecipazione presso le Case della Salute. A tal fine, si prevede la sperimentazione presso le Case della Salute di strumenti condivisi (es. "Patti di Comunità" nelle Case della Salute di Puianello e di Casalecchio di Reno), che scaturiscono da condivisi profili di salute, dove siano esplicitati bisogni, attese, progetti e risorse in campo. Tali sperimentazioni consentiranno di avere a disposizione dati e informazioni per valutarne i reali benefici rispetto alle Case della Salute stesse e alla comunità.

1.4. La comunità di professionisti

Nel disegno istituzionale regionale, e sulla base di quanto emerso in occasione delle visite di monitoraggio, tutte le Case della Salute sono accomunate dalla presenza di comunità di professionisti motivate.

Il minimo comun denominatore dell'esperienza regionale delle Case della Salute sono le équipe multiprofessionali e interdisciplinari composte da medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, infermiere, assistente sociale, assistenza ostetrica e medico specialista di riferimento (Box 3).

Questo insieme di competenze professionali integrate, potrà offrire una risposta anche a bisogni complessi, e rappresentare la risorsa essenziale per avviare e perseguire processi di innovazione sia culturale (metodologie multiprofessionali) sia di contenuto (medicina d'iniziativa).

Box 3. La comunità di professionisti

- 1.305 medici di medicina generale (MMG) operano nel territorio di riferimento delle Case della Salute (44% del totale dei MMG in regione), di cui 534 operano all'interno le Case della Salute, per tutta o parte dell'attività;
- 271 pediatri di libera scelta (PLS) operano nel territorio di riferimento delle Case della Salute (il 44% del totale dei PLS in regione), di cui 64 operano all'interno delle Case della Salute;
- le branche specialistiche prevalenti nella Casa della Salute sono quelle previste nell'ambito dei percorsi assistenziali: cardiologia, oculistica, diabetologia;
- più di 400 infermieri svolgono la propria attività nella Casa della Salute, pari a circa il 10% degli infermieri che lavorano nell'assistenza territoriale;
- circa 100 ostetriche lavorano nelle Case della Salute;
- più di 100 assistenti sociali svolgono la propria attività nelle Case della Salute;
- tantissimi altri professionisti lavorano nelle Case della Salute: tecnici della riabilitazione, amministrativi, personale sanitario non medico e altro personale sanitario e tecnico.

2. L'organizzazione delle Case della Salute a media/alta complessità (Hub)

Il coordinamento tra i servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali rappresenta una delle attuali sfide dei sistemi sanitari e sociali pubblici, come evidenziato nelle prime indicazioni regionali sulle Case della Salute e, più in generale, sostenuto dalla letteratura internazionale e nazionale.

Il coordinamento è tanto più necessario quanto maggiore è la numerosità di enti, servizi, attività, professionisti, finalizzati alla risposta ai bisogni della popolazione.

Nelle Case della Salute a media/alta complessità la presenza di una forma di coordinamento è funzionale a garantire un accesso ed una risposta unitaria ai bisogni della comunità, e la necessaria continuità assistenziale all'interno dei diversi programmi e percorsi di prevenzione e cura.

Nelle Case della Salute a media/alta complessità la forma di coordinamento maggiormente appropriata non può essere di natura gerarchica, ma orientata piuttosto alla definizione di obiettivi e risultati comuni e di regole e procedure condivise.

Per tale ragione la proposta contenuta nel presente documento valorizza il ruolo dei programmi e dei percorsi di prevenzione e assistenza, come strumenti privilegiati del coordinamento professionale. I percorsi, infatti, rappresentano il punto di riferimento sia per l'attività di coordinamento (soprattutto coordinamento dei processi) sia per l'attività di monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti, nella duplice prospettiva del cittadino e dell'organizzazione e dei professionisti.

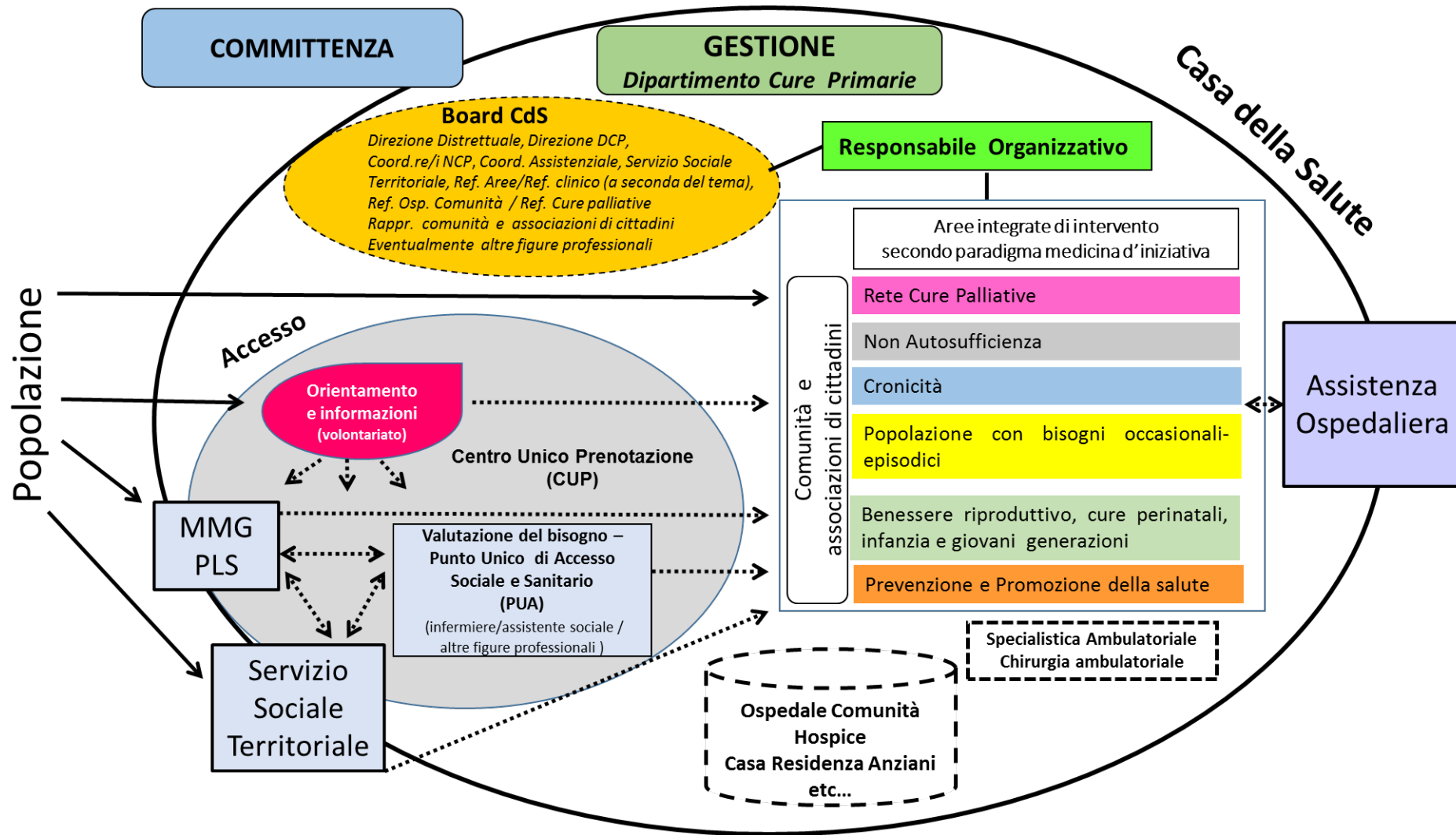
In occasione delle visite di monitoraggio è emerso come presso diverse Case della Salute si fosse strutturata una forma di coordinamento delle attività realizzate, con diversi livelli di formalizzazione a livello aziendale.

E', pertanto, necessario definire gli elementi essenziali della "regia organizzativa" delle Case della Salute a media/alta complessità, al fine di rendere maggiormente omogenea in tutto il territorio regionale la funzione di coordinamento, funzione che non è di carattere gerarchico.

I temi affrontati nel presente capitolo riguardano: la committenza e la gestione, le funzioni chiave, ed i principali ruoli.

Nella **figura 1** viene schematicamente rappresentata la proposta di organizzazione delle Case della Salute a media/alta complessità.

Figura 1. L'organizzazione delle Case della Salute a media/alta complessità



Legenda

DCP: Dipartimento di Cure Primarie MMG: Medico di Medicina Generale; NCP: Nucleo di Cure Primarie; PLS: Pediatra di Libera Scelta; Ref.: Referente

2.1. Le funzioni chiave della Casa della Salute

Le funzioni chiave della Casa della Salute sono sintetizzabili in:

1. accesso

- accoglienza e orientamento rispetto alle attività e alle loro modalità di funzionamento per i cittadini, i pazienti e i caregiver. Si tratta di una funzione in cui gli aspetti relazionali e comunicativi sono determinanti, e in cui le organizzazioni di volontariato possono avere un ruolo di rilievo. Inoltre, in considerazione delle caratteristiche demografiche della popolazione locale può essere opportuno avvalersi della collaborazione di mediatori culturali di varie lingue. Secondo i risultati del monitoraggio regionale (ottobre 2016) sono presenti esperienze di collaborazione con le associazioni di volontariato nel 70% delle 84 CdS funzionanti, riguardanti principalmente attività di accoglienza e orientamento.
- Centro Unico di Prenotazione (CUP);

2. valutazione del bisogno

- si tratta di una valutazione che deve essere il più possibile integrata (sanitario e sociale) al fine di identificare i bisogni delle persone nella loro complessità, ed orientare con maggiore efficacia i pazienti e i caregiver verso la risposta maggiormente appropriata: assistenza domiciliare, assistenza semi-/residenziale, inserimento lavorativo, e altre forme di risposta anche di natura economica (es. assegno di cura). Questa funzione viene svolta preferibilmente all'interno delle Case della Salute a media/alta complessità da parte del Punto Unico di Accesso Sociale e Sanitario (PUA) (infermiere/assistente sociale/altre figure professionali) e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, peraltro già presenti in alcune esperienze locali;

3. aree integrate di intervento

- come «garanzia» per la popolazione della qualità dei percorsi di prevenzione e cura (es. appropriatezza, equità, continuità).

Le attività realizzate nella Casa della Salute a media/alta complessità sono articolate in aree integrate di intervento sulla base della intensità assistenziale (vedi figura 2):

- Ø prevenzione e promozione della salute;
- Ø popolazione con bisogni occasionali-episodici;
- Ø benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni;
- Ø prevenzione e presa in carico della cronicità;

Ø **non autosufficienza;**

Ø **rete cure palliative.**

All'interno di ciascuna area le diverse attività sono organizzate per percorsi, programmi, progetti secondo uno stile di lavoro in équipe multiprofessionale e interdisciplinare.

Le aree elencate rappresentano ambiti di attività funzionali al coordinamento del lavoro nelle Case della Salute a media/alta complessità.

Questa classificazione delle attività è, peraltro, maggiormente affine alle logiche della programmazione socio-sanitaria e sociale (es. Piani di Zona), e alla percezione della popolazione.

I contenuti illustrati nelle aree (figura 2) rappresentano degli spunti esemplificativi degli ambiti di maggior rilievo e integrazione, e non intendono in alcun modo identificare tutte le attività svolte nelle Case della Salute.

Al riguardo, un utile supporto è rappresentato dal report "I programmi integrati di intervento nelle Case della Salute", inviato alle Aziende USL (PG/2014/291557 del 11 Agosto 2014), e dedicato a:

- programmi di prevenzione e di promozione della salute;
- modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche²;
- la salute materno-infantile.

Nell'implementazione delle Case della Salute occorre tenere in considerazione gli obiettivi e le azioni del Piano Regionale della Prevenzione maggiormente pertinenti e appropriate alle finalità e alle caratteristiche organizzative delle Case della Salute.

² In particolare, viene proposto lo sviluppo di una funzione di salute mentale primaria attraverso: attivazione di équipe di accoglienza e valutazione psicosociale; consolidamento del Programma "G. Leggieri"; promozione di stili di vita sani; ascolto, valutazione e presa in carico del disagio e del consumo di sostanze in adolescenza; implementazione di percorsi socio-sanitari per le persone con problemi di salute mentale.

Figura 2. Le aree integrate di intervento secondo il paradigma della medicina d’iniziativa (spunti esemplificativi)

Prevenzione e promozione della salute	Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni	Popolazione con bisogni occasionali-episodici	Prevenzione e presa in carico della cronicità	Non Autosufficienza	Rete cure palliative
<ul style="list-style-type: none"> • Gruppi di educazione alla salute • Progetti di comunità su stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo) • Camminate della salute • Incontri tra professionisti e popolazione • Vaccinazioni in età pediatrica e adulta • Prevenzione obesità infantile • Screening oncologici • Progetto antibioticoresistenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione allattamento al seno • Percorso nascita, IVG, sterilità • Percorso maltrattamento e abuso sui minori • Progetto adolescenza (DGR 590/2013) • Disagio psichico e consumo sostanze nei giovani • Prevenzione violenza domestica e sessuale • Cronicità in età pediatrica • Programma DSA 	<p>Popolazione generale che ricorre alle attività presenti nella Casa della Salute per un problema di salute circoscritto e un periodo di tempo delimitato</p> <p>Tra le nuove attività: accoglienza, valutazione, <i>counseling</i> per problemi di natura psicosociale nella popolazione adulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppi sui corretti stili di vita • Lettura integrata del rischio cardiovascolare • Programma Leggieri • Programma Budget di Salute (DGR 1554/2015) • Percorso DCA (DGR 1298/2009) • Percorso alcol • Identificazione e presa in carico popolazione fragile • Palestre Etiche, AFA ed EFA • PDTA condizioni croniche nell'adulto (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Sclerosi multipla) • Gestione infermieristica proattiva e integrata (MMG, Specialisti, assistente sociale, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi cognitivi e Programma demenze • Programma SLA • Prevenzione cadute in casa • Percorsi socio-sanitari salute mentale (DGR 1423/2015) 	<p>Percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete (DGR 560/2015)</p>

2.2. La committenza e la gestione

La funzione di committenza rappresenta un'attività partecipata di orientamento delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali, sulla base dei bisogni della popolazione di riferimento, e di valutazione dei risultati conseguiti. La funzione di committenza nei confronti della Casa della Salute viene esercitata da:

- Azienda Unità Sanitaria Locale (USL) e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (livello sovra-distrettuale);
- Distretto e Comitato di Distretto (livello distrettuale).

Rispetto alla gestione della Casa della Salute si conferma quanto affermato nelle precedenti indicazioni regionali (DGR 291/2010, p.6): **“La Casa della Salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie, a cui è affidato il Budget Operativo relativo alla Case della Salute.**

Il Dipartimento di Cure Primarie cura le interfacce con gli altri dipartimenti, e più in generale con tutti gli attori che concorrono alla progettazione e alla realizzazione delle attività della Casa della Salute:

- i dipartimenti territoriali (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche);
- la medicina convenzionata (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali);
- i dipartimenti ospedalieri;
- il servizio sociale territoriale;
- la comunità e le associazioni di cittadini.

2.3. Il coordinamento organizzativo e clinico-assistenziale

Lo schema organizzativo illustrato si configura come una proposta, da declinare sulla base delle caratteristiche e scelte organizzative delle singole Aziende USL e degli specifici contesti territoriali. A tal fine, il presente schema rappresenta uno strumento per il supporto delle Azienda USL nella definizione di ruoli e competenze relative al coordinamento delle Case della Salute.

Il coordinamento della Casa della Salute è di tipo organizzativo e clinico-assistenziale.

Nella Casa della Salute è presente **un responsabile organizzativo**, preferibilmente un coordinatore infermieristico e tecnico con competenze gestionali-organizzative. Il responsabile organizzativo ha la responsabilità di coordinare il **board gestionale-organizzativo** e in condivisione col board:

- ∅ predispone il piano operativo, nel quale sono definiti gli obiettivi operativi e le azioni, nel rispetto delle risorse messe a disposizione, sulla base degli obiettivi assegnati a livello aziendale e distrettuale;
- ∅ promuove il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e dei cittadini competenti nelle attività delle Case della Salute; utilizzando anche forme innovative e orientate alla partecipazione (es. Community Lab);
- ∅ supporta il Direttore di Distretto nel monitorare e rendicontare i risultati conseguiti dalla Casa della Salute.

E' competenza specifica del responsabile organizzativo:

- ∅ facilitare le relazioni tra i componenti del board, e più in generale tra tutti gli attori della Casa della Salute;
- ∅ programmare e monitorare la organizzazione e il funzionamento delle attività di orientamento e di accesso ai servizi (punto informativo, Centro Unico di Prenotazione, Punto Unico di Accesso, UVM);
- ∅ programmare e monitorare la realizzazione delle attività dal punto di vista

organizzativo e logistico;

- Ø supportare la corretta alimentazione dei flussi informativi;
- Ø gestire le funzioni manutenzioni, acquisti e forniture di servizi / utenze ed eventualmente altre funzioni connesse con gli aspetti organizzativi della Casa della Salute.

Il **board** rappresenta l'organismo formale e sostanziale di partecipazione alle decisioni da parte dei principali attori della Casa della Salute. La collegialità nelle decisioni consente una più efficace integrazione delle diverse competenze professionali e tecniche presenti nella Casa della Salute. I partecipanti al board effettuano incontri periodici, sulla base dei temi e dei problemi da affrontare; essi partecipano al coordinamento della Casa della Salute analizzando i problemi di carattere organizzativo e clinico-assistenziale, identificando soluzioni condivise e verificando l'andamento delle attività.

I componenti del board sono:

- Ø responsabile organizzativo della Casa della Salute (che coordina il board);
- Ø direzione distrettuale;
- Ø direzione Dipartimento Cure Primarie (in specifiche occasioni, es. valutazione obiettivi di budget);
- Ø il coordinatore/coordinatori del/dei NCP;
- Ø coordinatore assistenziale;
- Ø servizio sociale territoriale;
- Ø referenti di area/referente clinico, a seconda del tema affrontato;
- Ø referente Ospedale di Comunità, se presente;
- Ø referente Cure palliative;
- Ø rappresentanti della comunità e delle associazioni di cittadini;
- Ø a seconda del tema trattato, eventualmente altre figure professionali (es. personale specialistico con rapporto di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale o di dipendenza).

Oltre al responsabile organizzativo e al board gestionale-organizzativo, nella Casa della Salute sono presenti i **referenti di area** e il **coordinatore assistenziale**, per il **coordinamento delle attività di natura strettamente clinica e assistenziale**.

Il **referente di area** è un ruolo di leadership non gerarchica, di garanzia della qualità dell'assistenza all'interno della Casa della Salute.

Il referente di area è una figura professionale con competenze cliniche / assistenziali (sanitarie o sociali), che può essere titolare di un rapporto di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale o di dipendenza pubblica.

La scelta della figura professionale dovrebbe rispecchiare le peculiarità dell'area: a maggiore contenuto clinico / a maggiore contenuto assistenziale. Ad esempio, il referente dell'area "Non Autosufficienza" potrebbe essere un assistente sociale, dipendente del Comune.

In particolare, il referente clinico/referente di area, in collaborazione con il responsabile organizzativo e con le altre figure professionali:

- ü contribuisce alla implementazione dei programmi e dei percorsi secondo il paradigma della medicina di iniziativa, e allo sviluppo del lavoro in equipe nel territorio di riferimento della Casa della Salute;
- ü contribuisce alla applicazione delle procedure dei protocolli per la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio;
- ü supporta la realizzazione delle azioni di miglioramento della pratica clinica, sulla base delle criticità emerse dal confronto con i professionisti e gli utenti;
- ü analizza periodicamente i bisogni formativi del personale di CdS e propone la formazione annuale e gli specifici programmi di formazione-intervento privilegiando la formazione multiprofessionale e interdisciplinare;
- ü monitorare la qualità dell'assistenza erogata presidiandone le sue principali dimensioni (es. equità, accessibilità, continuità delle cure, appropriatezza, sicurezza nella duplice prospettiva:
 - dell'utente, raccogliendo la valutazione dell'esperienza e ascoltando le necessità e le proposte degli utenti;
 - dei professionisti e della organizzazione, verificando l'applicazione dei percorsi, monitorando i comportamenti, l'assunzione di responsabilità e il rispetto dei tempi; e ascoltando necessità e proposte dei professionisti.

La proposta di organizzazione per aree integrate di intervento può non riguardare tutte le Case della Salute a media/alta complessità assistenziale (Hub), a fronte della variabilità nella tipologia di attività presenti, sulla base della pianificazione condivisa tra Azienda USL / Distretto ed Enti Locali per rispondere ai bisogni della popolazione residente nello specifico territorio. **Nelle Case della Salute in cui non prevalga la articolazione delle attività secondo le aree descritte (fig.2), può essere prevista la figura del referente clinico della Casa della Salute, come già sperimentato in alcune Aziende USL (Parma e Reggio Emilia).** Il referente clinico può essere un medico convenzionato o dipendente del Servizio Sanitario Regionale.

Il referente di area o clinico si avvale di metodi e strumenti per il miglioramento dell'assistenza nell'esercizio del suo ruolo (es. audit, interventi di formazione, attività di benchmarking).

Il coordinatore assistenziale è un infermiere a cui è affidata la gestione complessiva e l'integrazione organizzativo-funzionale dell'insieme delle professioni sanitarie che intervengono nel processo assistenziale garantendone la continuità e i necessari processi di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

2.4. Il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta rappresentano, per la popolazione, un punto di riferimento per l'accesso e la presa in carico nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale; questo li rende elemento qualificante delle Case della Salute. In Emilia-Romagna è stato avviato da anni un percorso di qualificazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta caratterizzato dalla promozione dell'associazionismo e dalla successiva costituzione dei Nuclei di Cure Primarie.

La Casa della Salute rappresenta per i medici convenzionati un'importante opportunità di sviluppo professionale, poiché offre la possibilità di lavorare in maniera integrata a garanzia di una risposta ai bisogni della popolazione, anche episodici e occasionali, e della presa in carico delle persone affette da patologie croniche, e più in generale, fragili, nell'ambito di specifici programmi e percorsi assistenziali. Il lavoro in équipe dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con gli infermieri, assistenti sociali e specialisti rappresenta uno dei principali valori aggiunti della Casa della Salute.

I pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale possono svolgere la propria attività ambulatoriale all'interno delle Case della Salute in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori, a garanzia della prossimità delle cure.

All'interno di diverse Case della Salute sono già in atto percorsi di ridefinizione di ruoli e attività dei Medici di Medicina Generale (es. referenti cinici, referenti di percorso, responsabili organizzativi, attività di continuità assistenziale, collaborazione/coordinatione ambulatori per la cronicità) che, oltre a riconoscere un ruolo sempre più rilevante a questi professionisti, riqualifica l'assistenza primaria erogata dalle équipe multiprofessionali di riferimento per quella Casa della Salute. A sostegno di questo percorso di "internalizzazione" delle competenze della Medicina Generale, si sta muovendo anche il contesto nazionale: l'individuazione di un medico di medicina generale – ruolo unico – con attività sia fiduciaria verso gli assistiti, sia oraria per l'erogazione di attività assistenziale, potrà adeguatamente collocarsi nei modelli assistenziali descritti, finalizzati al miglioramento della qualità e dell'accesso ai servizi di assistenza primaria.

Le Case della Salute rappresentano il luogo ideale per la medicina di iniziativa, sia nell'ambito della prevenzione primaria (es. lettura integrata rischio cardiovascolare su popolazione sana) che della gestione dei percorsi assistenziali. È attualmente in corso una sperimentazione, presso alcune Case della Salute, di un modello di presa in carico delle persone fragili, che per la loro identificazione utilizza uno specifico algoritmo statistico. Questa metodologia statistica restituisce un profilo di rischio per singolo assistito dei medici di medicina generale, che attraverso il lavoro in équipe definiscono gli interventi maggiormente appropriati per il singolo paziente (Box 4).

2.5. Il ruolo dell'assistenza specialistica

Nelle Case della Salute lavorano medici specialisti sia dipendenti dell'Azienda Sanitaria sia convenzionati con il Servizio Sanitario Regionale.

Nelle Case della Salute viene garantita l'assistenza specialistica ambulatoriale, sia come risposta ad un bisogno episodico, occasionale (es. inquadramento diagnostico, indicazione di trattamento), sia nell'ambito di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, dotando, ove necessario e possibile, tali ambulatori di strumenti di telemedicina ed ecografia di base (DGR 1056/2015).

Le Case della Salute rappresentano una opportunità per offrire percorsi semplificati di accesso alla assistenza specialistica, grazie alle relazioni informali e alla facilità nello scambio di informazioni derivante dalla presenza in un medesimo luogo di medici di medicina generale e medici specialisti.

Non ultimo, nelle Case della Salute che rappresentano una riqualificazione di strutture ospedaliere di base e di I livello (secondo classificazione DM 70/2015), può essere prevista la presenza di ambulatori chirurgici (es. ambulatorio chirurgico vascolare, dermatologico, ortopedico, ginecologico, oculistico).

2.6. La continuità territorio-ospedale

In Emilia-Romagna le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità intendono qualificarsi come le principali strutture innovative per garantire la continuità dell'assistenza tra territorio (T) e ospedale (H).

In accordo con i contenuti del DM 70/2015 l'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi dei pazienti sia in entrata che in uscita dall'ospedale.

In particolare, le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità (assieme alle altre strutture e servizi territoriali) possono avere un ruolo di filtro sia in entrata, prevenendo ricoveri ospedalieri inappropriati, che in uscita, attraverso modalità organizzative quali le dimissioni protette e l'assistenza domiciliare, o l'utilizzo dell'Ospedale di Comunità stesso (o di altre strutture sanitarie territoriali).

La realizzazione di Case della Salute e di Ospedali di Comunità in spazi contigui o all'interno di presidi ospedalieri (ne sono un esempio le Case della Salute di Vergato, Cesenatico, Novafeltria ed in corso di riconversione Borgo Val di Taro) può rappresentare un'opportunità sia dal punto di vista logistico che funzionale. Tale collocazione rende più facili e più efficienti i percorsi di integrazione tra il livello ospedaliero e territoriale. Può facilitare confronti e collaborazioni tra i professionisti dei vari ambiti, migliorando significativamente la qualità dell'assistenza erogata, sia in termini di fluidità dei percorsi per i pazienti, sia in termini di miglioramento del lavoro in équipe.

Una delle principali modalità organizzative attraverso cui la Casa della Salute può garantire la presa in carico e la continuità dell'assistenza è rappresentata dai programmi e percorsi assistenziali integrati (ospedale e territorio). In particolare, le Case della Salute sono il luogo dell'accesso e della presa in carico delle persone nell'ambito dei programmi e percorsi assistenziali, sulla base della natura del bisogno. A livello regionale sono stati individuati e formalizzati (es. DGR 309/2000³, DGR 221/2015⁴) diversi programmi e percorsi che richiedono una elevata integrazione ospedale-territorio (con particolare riferimento alle Case della Salute):

- il percorso nascita;

3 Nella Deliberazione di Giunta Regionale n.309 del 2000 "Linee guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 relative all'assistenza distrettuale" (p.56) si afferma: "I principali programmi trasversali ospedale-Distretto, da realizzarsi in attuazione del PSR sono: il percorso nascita, il programma screening per la prevenzione ed il trattamento dei tumori femminili, i programmi di Cure palliative, le dimissioni protette in particolare per le persone anziane".

4 Nella Deliberazione di Giunta Regionale n.221 del 2015 "Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie" vengono individuati diversi percorsi assistenziali sia obbligatori che facoltativi per i Dipartimenti di Cure Primarie. In particolare si afferma (pp.9-10): "Tutti i dipartimenti sono tenuti a sviluppare percorsi, con particolare riferimento alla presa in carico delle persone affette da multimorbidità a rischio di fragilità/non autosufficienza . . . Andranno anche strutturati percorsi specifici per: gestione pazienti diabetici, percorso nascita, percorsi di gestione del dolore, gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici comuni "Programma Leggeri", gestione dei pazienti con gravissime disabilità acquisite, gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico, programma demenze. Ogni Dipartimento dovrà valutare l'opportunità di sviluppare percorsi in riferimento a: gestione dei pazienti in terapia anticoagulante orale, gestione dei pazienti con insufficienza renale cronica, gestione dei pazienti con BPCO, gestione dei pazienti con frattura di femore".

- il percorso diagnostico assistenziale per il bambino con diabete mellito1;
- i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per le condizioni croniche: diabete, scompenso cardiaco cronico, broncopneumopatia cronico ostruttiva, insufficienza renale cronica;
- il percorso per i disturbi cognitivi e le demenze
- il percorso per la gestione dei pazienti in terapia anticoagulante orale;
- i percorsi per le gravissime disabilità acquisite;
- i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per le neoplasie, a cominciare dai percorsi relativi al tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto;
- i programmi di cure palliative;
- il percorso per la gestione dei pazienti con frattura di femore;
- le dimissioni protette.

Inoltre, nelle Case della Salute ubicate in zone particolarmente distanti dalla struttura ospedaliera stanno emergendo alcune "buone prassi", come la presenza di ambulatori per le cure chemioterapiche, al fine di offrire le cure in luoghi prossimi al domicilio delle persone per il miglioramento della qualità di vita di pazienti affetti da neoplasia.

2.7. L'integrazione con il Servizio Sociale Territoriale

Nel 2014 sono state approvate dalla Regione Emilia-Romagna le "Linee guida per il riordino del Servizio Sociale Territoriale" (DGR 1012/2014). Il Servizio Sociale Territoriale (SST), nella sua articolazione minima di base, risulta composto dallo **Sportello sociale** e dal **Servizio sociale professionale**.

Nelle linee guida regionali la Casa della Salute viene riconosciuta come il luogo privilegiato per un'adeguata integrazione tra i professionisti dei servizi sociali e sanitari, in particolare per la gestione delle situazioni di maggiore fragilità. Inoltre, viene affermato che "nella riorganizzazione del SST si ritiene utile privilegiare la scelta di integrazione anche logistica di tutto o di alcune sue parti con altri nodi della rete territoriale (ad esempio con le Case della Salute)" (DGR 2012/2014, p.17).

A potenziamento della integrazione tra servizi sanitari e sociali è opportuna la presenza nella Casa della Salute dello Sportello sociale, oppure del Punto unico di accesso sociale e sanitario per la valutazione integrata del bisogno, e dell'assistente sociale per le attività di presa in carico delle persone fragili.

Secondo i risultati dell'ultimo monitoraggio regionale delle Case della Salute (ottobre 2016), l'assistente sociale è presente nel 70% delle 84 Case della Salute funzionanti (più di 100 assistenti sociali coinvolti) e lo sportello sociale in circa il 30%.

2.8. La presa in carico della cronicità secondo la medicina d'iniziativa: l'ambulatorio infermieristico

L'**ambulatorio infermieristico**⁵ rappresenta il luogo e la modalità operativa in cui si realizza la presa in carico della cronicità, secondo il paradigma della medicina di iniziativa, e la continuità dell'assistenza. In quanto tale, dovrà essere implementato e sviluppato in tutte le Case della Salute a media/alta complessità (Hub) e le Case della Salute a bassa complessità (Spoke) nella logica della rete assistenziale integrata.

Il medico di medicina generale (MMG) collabora con i professionisti coinvolti per la definizione del percorso assistenziale (specialista, infermiere, assistente sociale, fisioterapista, etc.). E' opportuno prevedere specialisti di riferimento per i vari percorsi assistenziali, con rapporto di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale o di dipendenza, i quali provvedono anche a supportare, quando necessario, il MMG nell'esercizio delle sue funzioni (es. risposta a MMG su quesiti clinici occasionali). Nei casi di maggiore complessità clinica (es. multimorbosità), e non inquadrabili pienamente nell'ambito di uno specifico percorso assistenziale, il MMG concorda con lo specialista e le altre figure professionali coinvolte il piano di assistenza individuale.

Nell'ambito dei percorsi condivisi con medico di medicina generale, medici specialisti, assistente sociale, fisioterapisti, e altre figure professionali, le attività dell'ambulatorio infermieristico riguardano:

- § in collaborazione con i medici di medicina generale⁶, l'identificazione e il reclutamento delle persone ritenute a rischio (vedi Box 4);
- § la chiamata attiva dei pazienti, anche avvalendosi di personale tecnico e/o amministrativo, e recall telefonico qualora il paziente non si presentasse al controllo programmato;
- § l'accoglienza e la presa in carico multiprofessionale e interdisciplinare (es. medici di medicina generale, specialisti, assistenti sociali, associazioni di pazienti e di volontariato ecc.);
- § il follow up delle persone in carico, attraverso il monitoraggio dei parametri vitali e antropometrici e specifici della patologia cronica, della adesione al regime terapeutico, dell'adozione di corretti stili di vita, nelle attività della vita

⁵ L'infermiere ha acquisito nel corso di questi anni una maggiore responsabilità e autonomia, anche ampliando l'insieme delle attività svolte. Tra gli approfondimenti si invita a consultare le linee di indirizzo regionali dell'Emilia-Romagna per «l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali» (DGR 427/2009).

⁶ Lo specialista (in rapporto di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale o di dipendenza) partecipa alla stadiazione delle persone identificate e alla definizione del percorso assistenziale dei pazienti.

quotidiana (activity daily living-ADL); nell'ambito del follow up, oltre al monitoraggio, è prevista la programmazione degli esami e delle visite specialistiche definiti nei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali;

- § l'educazione terapeutica strutturata finalizzata all'empowerment, all'autogestione della patologia, all'adozione di corretti stili di vita, con interventi sia singoli che in gruppo; l'addestramento a utente e caregiver ai fini anche dell'identificazione precoce di segni e sintomi di complicanze;
- § la continuità assistenziale, in caso di ricovero ospedaliero o in struttura intermedia come l'Ospedale di Comunità (case management).

Box 4. La sperimentazione di un modello di presa in carico della fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa.

E' attualmente in corso una sperimentazione regionale di un modello di presa in carico di persone fragili (multimorbosità) secondo il paradigma della medicina d'iniziativa. Per la identificazione delle persone potenzialmente eleggibili alla presa in carico la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Philadelphia (USA), ha elaborato e validato una metodologia statistica che permette di stratificare la popolazione adulta (≥ 18 anni) sulla base del profilo di rischio di fragilità, espresso in termini di rischio di ospedalizzazione (o decesso) per problemi di salute la cui ospedalizzazione o progressione sono potenzialmente evitabili, attraverso cure appropriate a livello territoriale. Nella sperimentazione le schede individuali con il profilo di rischio di fragilità vengono valutate all'interno dell'équipe della Casa della Salute, composta da medico di medicina generale, infermiere dell'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità, assistente sociale e, a seconda del bisogno emergente, dallo specialista (es. diabetologo, psichiatra, cardiologo, pneumologo, etc.). L'équipe procede, poi, alla definizione e realizzazione degli interventi ritenuti maggiormente appropriati alla condizione di fragilità identificata, come ad esempio, invitare l'assistito ad aderire ad un percorso assistenziale, attivare l'assistenza domiciliare, rivalutare la terapia farmacologica, oppure educare la persona per migliorare la sua adesione alla terapia. Ad oggi, le Case della Salute aderenti al progetto sono 25, afferenti a 5 diverse Aziende USL (Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, e Romagna); il n° di MMG aderenti è 220. Sono stati valutati i profili di rischio di 12.100 persone, di cui 5.500 con profilo di rischio "molto alto" e 6.600 "alto".

L'obiettivo regionale dei prossimi anni consiste nel diffondere in tutte le Case della Salute questo modello di presa in carico delle persone fragili secondo il paradigma della medicina d'iniziativa.

3. Lo sviluppo degli Ospedali di Comunità

Nella struttura sede della Casa della salute può essere presente anche l'Ospedale di Comunità (es. San Secondo Parmense, Castel San Pietro Terme, Copparo, Forlimpopoli). La Regione intende offrire attraverso gli Ospedali di Comunità un nuovo setting assistenziale a supporto della integrazione ospedale-territorio e della continuità delle cure.

Nel Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 (DM 70/2015) l'Ospedale di Comunità viene definito come una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da medici dipendenti del SSN.

Nel DM 70/2015 vengono esplicitati i seguenti aspetti:

- la finalità generale dell'Ospedale di Comunità consiste nella presa in carico di persone che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare); e di sorveglianza infermieristica continuativa sulle 24 ore;
- la degenza media prevedibile è di 15/20 giorni;
- l'accesso può avvenire dal domicilio o dall'ospedale;
- la sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

La definizione e le caratteristiche dell'Ospedale di Comunità riprendono l'esperienza e gli atti normativi dell'Emilia-Romagna (Delibere di Giunta Regionale 284/2013 e 221/2015), precedenti alla approvazione del Decreto Ministeriale.

In Emilia-Romagna, negli Ospedali di Comunità l'accesso avviene sulla base di una valutazione multidimensionale e l'assistenza viene erogata secondo il piano integrato e individualizzato di cura, concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver.

Nel rispetto dei principi stabiliti nella DGR 2040\2015 il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità da parte delle Aziende USL dovrà avvenire in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali e in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione.

4. La Rete delle Cure Palliative

Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età, e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono, infatti, affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse

traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale (DGR 560/2015).

La Rete delle Cure Palliative si compone di 4 nodi principali, domicilio-ambulatorio-ospedale-Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'Azienda USL (DGR 560/2015).

La Casa della Salute può rappresentare una opportunità per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative in quanto può ospitare nodi della rete.

5. Gli strumenti per il miglioramento delle pratiche professionali

A livello regionale, durante questi ultimi anni, sono stati elaborati, validati e adottati diversi strumenti a supporto dei professionisti dell'assistenza territoriale, per il miglioramento della pratica clinico-assistenziale e per la presa in carico secondo il paradigma della medicina di iniziativa delle persone fragili. Essi sono:

- § i profili di cura dei Nuclei di Cure Primarie (medici di medicina generale) e dei pediatri di libera scelta;
- § i questionari di valutazione dei percorsi assistenziali per la cronicità nella prospettiva dei professionisti (Assessment of Chronic Illness Care - ACIC) e nella prospettiva degli utenti (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions - PACIC);
- § una metodologia statistica per la stima del profilo di rischio di fragilità, misurata come rischio di ospedalizzazione (o decesso). Questa metodologia è stata creata a supporto della identificazione precoce di potenziali condizioni di fragilità (una o più patologie croniche) rispetto a cui intervenire (vedi paragrafo "2.8 La presa in carico della cronicità secondo la medicina d'iniziativa: l'ambulatorio infermieristico" e il Box 4);
- § la formazione multiprofessionale e interdisciplinare.

I profili di cura dei Nuclei di Cure Primarie e dei Pediatri di Libera Scelta

I profili di cura dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) sono uno strumento analitico che, utilizzando metodi epidemiologici, permette di valutare e confrontare, per ogni NCP e fra NCP diversi, le pratiche assistenziali, sia sulla base di indicatori di qualità del servizio offerto, che di assorbimento di risorse. Gli indicatori coprono aree diverse, ma tutte comunque riconducibili, direttamente o indirettamente, alle attività dei medici di

medicina generale, e quindi possono fornire informazioni preziose per valutare, in maniera retrospettiva, i percorsi assistenziali intrapresi dai pazienti nell'ambito dell'assistenza primaria⁷.

Analogamente a quanto realizzato per i NCP, la Regione ha predisposto i profili di cura dei pediatri di libera scelta⁸.

L'obiettivo principale dei profili di cura (per i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale) consiste nello stimolare la discussione tra professionisti, e nel promuovere il lavoro di gruppo, a supporto del miglioramento dell'accesso e della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini. I profili di cura sono elaborati a livello regionale, utilizzando esclusivamente i flussi amministrativi correnti sanitari (ricoveri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale, distribuzione diretta, assistenza domiciliare, anagrafe regionale assistiti, Pronto Soccorso), disponibili nella banca dati regionale.

I questionari di valutazione dei percorsi assistenziali per la cronicità

Il questionario Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) è stato sviluppato a livello internazionale (Bonomi et al, 2002)⁹ con l'obiettivo di favorire un miglioramento della qualità delle cure, aiutando le organizzazioni a valutare forze e debolezze della loro modalità di erogare assistenza alle persone affette da patologie croniche. L'ACIC si basa sulle sei aree del Chronic Care Model: le organizzazioni sanitarie, le risorse della comunità, il supporto all'auto-cura, il supporto alle decisioni, l'organizzazione del team e i sistemi informativi. Questo strumento consente una valutazione primariamente qualitativa del lavoro del team di professionisti: dagli aspetti operativi a quelli organizzativi, fino a quelli più ideali/culturali. La Regione Emilia-Romagna ha tradotto in italiano il questionario¹⁰ attraverso uno studio di validazione linguistica.

Il questionario Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) è stato sviluppato a livello internazionale (Glasgow et al, 2005)¹¹ per integrare la prospettiva del paziente nella valutazione del livello di implementazione del Chronic Care Model. La Regione

7 Per approfondimenti consultare: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/prim/analisi-statistica/reportistica-predefinita-nuclei-cure-primarie>

8 Per approfondimenti consultare: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/prim/profili-pediatri-libera-scelta>

9 Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. (2002), Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. Health Serv Res. 2002 Jun;37(3):791-820.

10 Il questionario è accessibile pubblicamente all'indirizzo:

<http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Translations&s=360>

11 Glasgow RE, Wagner E, Schaefer J, Mahoney L, Reid , Greene S. (2005): Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Med Care.;43:436-44.

Emilia-Romagna ha tradotto in italiano il questionario¹² attraverso uno studio di validazione linguistica.

Entrambi i questionari (ACIC e PACIC) possono rappresentare strumenti a supporto del miglioramento della qualità dell'assistenza erogata dalle équipe multiprofessionali e interdisciplinari della Case della Salute.

La formazione multiprofessionale e interdisciplinare

Le Case della Salute sono una nuova soluzione organizzativa dei servizi dell'assistenza territoriale, che comporta un profondo cambiamento culturale da parte dei professionisti.

Emerge l'esigenza di supportare lo sviluppo di innovazioni all'interno delle Case della Salute attraverso un processo pervasivo di confronto genuino e contaminazione reciproca tra i professionisti dell'ambito sanitario e sociale, e tra i professionisti e la comunità.

Tra i principali ambiti oggetto di intervento formativo si evidenziano lo sviluppo di capacità nella gestione dei processi organizzativi e assistenziali e del lavoro in équipe. Le metodologie formative dovrebbero essere orientate alla partecipazione e alla soluzione di problemi (comunità di pratica, problem based learning), e all'acquisizione di specifiche competenze cliniche e assistenziali (ambito geriatrico, riabilitativo, cure palliative, altri ambiti).

6. L'ICT a supporto della governance e della comunità di professionisti

Le Case della Salute rappresentano sistemi professionali ed organizzativi ad alta integrazione e richiedono adeguati supporti tecnologici.

Conseguentemente il "Sistema Informativo" a supporto della Casa della Salute può essere rappresentato sinteticamente su due componenti, integrate tra loro.

La prima componente è finalizzata al supporto dei processi gestionali di presa in carico, di cura e di assistenza in capo alla Casa della Salute.

¹² Il questionario è accessibile pubblicamente all'indirizzo:
<http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Translations&s=360>

La seconda componente è finalizzata ad alimentare un sistema di datawarehouse per la raccolta e monitoraggio degli indicatori utili per una valutazione sia di tipo clinico-assistenziale (outcome, volto al miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi e all'ottimizzazione del consumo di prestazioni), sia di tipo economico (output, volto al monitoraggio dei possibili risparmi, costi cessanti/in riduzione, e delle rimodulazione di fattori produttivi).

Entrambe le componenti sono già presenti all'interno dei sistemi di information communication technology (ICT) aziendali, in maniera più o meno adeguata e orientata ai fabbisogni specifici della Casa della Salute e della Direzione aziendale.

Proprio sul livello di adeguatezza, completezza, integrazione, aderenza agli standard occorre lavorare per garantire una realizzazione di un sistema ICT in grado di assolvere compiutamente tale mandato.

Per la prima componente, si devono garantire funzionalità in grado di assicurare un censimento attivo e costante dei potenziali soggetti cronici finalizzato a porre le basi per una gestione proattiva dei registri di patologia (area del Self Care), per consentire l'individuazione, la presa in carico e la gestione dei soggetti che richiedono l'attivazione della gestione integrata multidisciplinare (area del Professional Care).

Per la seconda componente si deve prevedere l'allestimento di un datawarehouse popolato con i consumi sanitari della popolazione residente, su cui poter definire cruscotti di navigazione, identificare segmenti di pazienti con le medesime esigenze, produrre analisi e reportistica per il controllo e il governo della spesa.

Si illustrano di seguito i principali progetti regionali relativi all'information communication technology che coinvolgono direttamente le Case della Salute e che hanno già orientato i sistemi informativi aziendali alla gestione di tali componenti.

- 1. Sistemi informatizzati per la continuità informativa rispetto al singolo paziente tra medici di medicina generale/pediatri di libera scelta e i vari nodi della rete di servizi di assistenza territoriale e ospedaliera.** In particolare, ci si riferisce a Rete Sole e al Fascicolo Sanitario Elettronico-Profilo Sanitario Sintetico. Si dovrà prevedere pertanto una stretta collaborazione e integrazione, in termini di architettura e di processo tra "il sistema informativo Casa della Salute" e la Scheda Sanitaria Individuale, di prossima adozione e utilizzo da parte dei Medici di Medicina Generale della nostra Regione.
- 2. Strumenti informatizzati per la gestione dei percorsi rivolti soprattutto alle condizioni croniche.** Le caratteristiche principali che tale strumento dovrebbe possedere sono: la possibilità di gestire le prenotazioni per la specialistica ambulatoriale e di laboratorio e di ricevere i referti prodotti; la possibilità di

accedere alle informazioni utili per il percorso da parte di medici di medicina generale (tramite Scheda Sanitaria Individuale, specifici software che connettono le diverse banche dati), specialisti, infermieri e assistente sociale; la possibilità da parte dell'infermiere dell'ambulatorio della cronicità di registrare tutte le informazioni utili per il monitoraggio del paziente.

3. **Algoritmi per la identificazione delle persone a rischio.** A livello regionale sono disponibili diversi strumenti per la stratificazione della popolazione e la identificazione delle persone a rischio di sviluppare patologie croniche. In particolare, ci si riferisce al progetto "Profili di Rischio di Fragilità", ai registri clinici aziendali di patologia (es. diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronico ostruttiva), e al progetto "Lettura integrata del rischio cardiovascolare".
4. **Strumenti di collaborazione a distanza tra operatori (telemedicina)**¹³. Nel Decreto Ministeriale 70 del 2015 (G.U. 4 giugno 2015, n. 127), riguardante gli standard qualitativi e quantitativi dell'assistenza ospedaliera, si dichiara come le regioni debbano avviare programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche, tra cui lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronico ostruttiva, il diabete. A livello locale, lo sviluppo di tali programmi si traduce, ad esempio,
 - a. nell'invio allo pneumologo della spirometria effettuata dall'infermiere nella Casa della Salute (percorso per la broncopneumopatia cronico ostruttiva \insufficienza respiratoria);
 - b. oppure nell'invio al cardiologo dell'elettrocardiogramma (percorso scompenso cardiaco);
 - c. oppure nell'invio all'oculista della fotografia dell'occhio tramite retinografo (percorso diabete);
 - d. tutti gli specialisti inviano, poi, il referto al medico di medicina generale.

Una particolare attenzione dovrà essere dedicata alla interfaccia informatizzata tra medici di medicina generale/pediatrati di libera scelta, servizi sanitari e servizi socio-sanitari (residenziali e semiresidenziali) e sociali (sportello sociale).

¹³ Per approfondimento si invita a consultare le Linee di indirizzo nazionali riguardanti la Telemedicina, Intesa Conferenza Stato-Regioni della seduta del 20 febbraio 2014.

7. Il monitoraggio e la valutazione regionale

Nei prossimi anni la regione proseguirà l'attività di monitoraggio dello sviluppo delle Case della Salute in continuità con l'attività avviata nel 2011, e supporterà l'implementazione delle indicazioni regionali nei territori (es. percorsi assistenziali, formazione, information communication technology).

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio verrà effettuata una valutazione di impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sull'organizzazione, coordinata dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, che offrirà specifiche informazioni sui risultati conseguiti.

A supporto dell'attività di monitoraggio, è prevista la realizzazione, già in corso, di un sistema informativo regionale sulle Case della Salute, che consentirà di acquisire maggiori informazioni sulle attività realizzate nelle Case della Salute.

I risultati emergenti dalla attività di monitoraggio regionale e dalla valutazione dell'impatto saranno costantemente oggetto di discussione e confronto con diversi ambiti istituzionali e le parti sociali.

Nell'ottica della trasparenza della pubblica amministrazione, in continuità con gli anni precedenti, i risultati dell'attività di monitoraggio e di altre eventuali analisi e valutazioni saranno pubblicamente accessibili nella pagina dedicata del sito della regione: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute>.