

4 Razionalizzare le reti ospedaliere in coordinamento con le reti distrettuali

1 Introduzione

2 La programmazione dell'assistenza territoriale

2.1 Il Distretto quale luogo unitario di programmazione

2.2 Un sistema unitario di programmazione dei servizi

2.3 Strumenti di governo per l'assistenza territoriale

2.4 Modelli organizzativi per le cure primarie e intermedie

2.5 Gli strumenti finanziari a supporto dell'integrazione

3 Il raccordo tra livello territoriale e livello ospedaliero

3.1 I programmi di coordinamento e strumenti di governo clinico

3.2 Il Team di riferimento

3.3 I Dipartimenti di continuità

1 Introduzione

Scopo di questo allegato è discutere alcune possibili innovazioni nel modello di governo delle relazioni tra assistenza ospedaliera e distrettuale alla luce dei cambiamenti demografici, tecnologici e organizzativi che si sono già manifestati e che sono destinati a incidere in maggiore profondità sui fabbisogni assistenziali e sulla loro sostenibilità complessiva nei decenni a venire. Pur traendo spunto dall'analisi delle esperienze internazionali e nazionali descritte negli allegati 1 e 2, il punto di partenza della presente riflessione è l'insieme dei provvedimenti regionali che negli ultimi anni si sono succeduti sul tema della programmazione degli interventi in questi ambiti e in particolare le Delibere di giunta regionale n. 291/2010 sulle Case della salute, n. 221/2015 sui Dipartimenti delle Cure primarie e la n. 2040/2015 sulla riorganizzazione delle reti ospedaliere, nonché il Documento di programmazione dell'Azienda USL di Bologna approvato dalla Conferenza metropolitana a fine 2016. In questo ambito, infatti, appare cruciale garantire che le proposte avanzate siano coerenti con un sistema di intervento pubblico che coinvolge una pluralità dei soggetti istituzionali e che si caratterizza per una notevole complessità delle interazioni tra diversi ambiti settoriali di intervento convergenti spesso sugli stessi assistiti. Sotto questo profilo, la molteplicità delle attività da gestire in modo coordinato mediante una pluralità di strutture e di componenti professionali richiede una particolare attenzione a verificare che le soluzioni, anche se ritenute fortemente migliorative rispetto ad alcuni degli obiettivi, non abbiano riflessi negativi e di rilievo sulla possibilità di perseguire altri obiettivi altrettanto importanti anche se sotto profili e con riferimento a soggetti diversi.

Come è noto l'art. 1 dell'Accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna, Università di Bologna e Conferenza territoriale sociale e sanitaria della Città metropolitana di Bologna prevede che , *“le parti si impegnano a valutare tutti gli strumenti istituzionali e organizzativi utili a realizzare la piena integrazione dei servizi e/o delle strutture delle Aziende sanitarie facilitando, in condizioni di sostenibilità economica, una riorganizzazione dei servizi distrettuali e ospedalieri in area metropolitana al fine di migliorare l'accessibilità, la prossimità e la qualità dei servizi, stimolare la ricerca e l'innovazione, qualificare la didattica pre e post-laurea”*. Rispetto a questa finalità generale, il presente allegato intende apportare un contributo rispetto al primo obiettivo strategico definito all'art. 2 comma 1 dello stesso Accordo ove si prevede che le parti si impegnino altresì: *“a*

procedere congiuntamente a razionalizzare le reti ospedaliere in pieno coordinamento con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, al fine di realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali funzionali a miglioramenti in termini di efficienza complessiva, continuità assistenziale, sicurezza e qualità".

Rispetto a questo obiettivo strategico nella prossima sezione esamineremo in primo luogo il ruolo del Distretto per sottolineare la necessità di raccordare maggiormente le responsabilità di programmazione e finanziamento con quelle di coordinamento e gestione degli interventi. In quella sede prenderemo in esame anche le soluzioni organizzative di più recente introduzione nell'area metropolitana quali le Case della salute e gli Ospedali di comunità per metterne in luce le potenzialità e suggerire l'opportunità di rafforzarne alcuni elementi proprio in relazione alle permanenti difficoltà di integrazione tra livello territoriale e ospedaliero. In sezione 3 discuteremo tre possibili soluzioni organizzative specificamente volte a superare tali difficoltà. La prima consiste in un raffinamento dei modelli sopra citati, mentre le altre due integrano gli attuali modelli con elementi di crescente novità relativamente da un lato ai rapporti tra Distretti e Dipartimenti di produzione e dall'altro tra Dipartimenti territoriali e Dipartimenti ospedalieri.

2 La programmazione dell'assistenza territoriale e il ruolo dei Distretti

Come è stato osservato nell'analisi delle esperienze internazionali in allegato 1, l'approccio del *population health management* prevede un marcato potenziamento dei sistemi territoriali per renderli in grado di assumere una responsabilità complessiva nella gestione della salute delle popolazioni di riferimento. Tale approccio, soprattutto nella versione inglese del *place based health system*, presuppone la presenza di un'organizzazione unitaria in grado di intervenire sui determinanti di salute e di anticipare e governare i fabbisogni mediante un sistema di relazioni tra tutti gli enti coinvolti, modelli organizzativi articolati su base territoriale e, non ultimi, strumenti di finanziamento orientati alla prevenzione (primaria e secondaria) e tali da disincentivare l'offerta di prestazioni assistenziali frammentate tra erogatori diversi. In questa prospettiva strategica gli interventi di natura sociale, socio-sanitaria, sanitaria territoriale e ospedaliera fanno parte di un *continuum* di possibili strumenti che deve essere concertato all'interno di una visione unitaria facente capo a uno o più soggetti in grado di assumere congiuntamente responsabilità programmatiche, finanziarie e di indirizzo coerenti e univoche per lo stesso ambito territoriale.

2.1 Il Distretto quale luogo unitario di programmazione

L'art. 3 *quater* del d.lgs. n. 229/1999 già prevedeva un ruolo centrale del Distretto nella definizione delle relazioni istituzionali e dei modelli organizzativi propri dei servizi sanitari e socio-sanitari. Esso era identificato quale ambito territoriale in cui assicurare l'organizzazione, l'erogazione e la verifica dei risultati delle prestazioni sanitarie e di quelle socio-sanitarie, in specie laddove all'Azienda sanitaria locale fossero delegate le funzioni sociali da parte dei Comuni. Nel suddetto decreto, il Distretto doveva: a) assumere la funzione di governo della domanda; b) divenire il fulcro dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali; c) realizzare l'integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali e socio-assistenziali e d) garantire ai cittadini le condizioni di accesso ai servizi sul territorio. In conformità a questo impianto generale, la legge regionale di riordino del welfare (n. 2/2003) aveva già espresso un orientamento a privilegiare la gestione delle funzioni degli Enti locali in forma

associata ad un livello territoriale coincidente con il Distretto sanitario, per favorire la concreta realizzazione dell'integrazione tra funzioni sanitarie e sociosanitarie.¹

L'evoluzione demografica e sociale degli ultimi anni ha aumentato la proporzione di cittadini a rischio di trovarsi in condizioni di fragilità per l'accumularsi di problemi di natura sociale, socio-sanitaria e sanitaria, rafforzando le motivazioni per orientarsi verso modelli di intervento integrati in ambito territoriale. Non sorprende quindi la scelta della Regione, prima con la Delibera di Giunta regionale n. 2011/2007² e quindi con il recente Piano sociale e sanitario 2017-19, di sottolineare ulteriormente il ruolo del Distretto nel sistema di welfare quale ambito di dimensioni ottimali per la definizione di politiche di intervento multi-settoriali in grado di rafforzare reciprocamente la loro efficacia in particolare nei confronti dei soggetti fragili. In particolare il Piano identifica il Distretto quale *"ambito territoriale che orienta su un bacino specifico di popolazione la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi"*, e al tempo stesso quale attore istituzionale *"composito"* che raccoglie in modo unitario gli Enti locali e le Aziende responsabili di garantire l'erogazione delle prestazioni e dei servizi. Il Distretto quindi si configura come *"la sede della regolazione, programmazione, verifica e realizzazione del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali"* cui è attribuito *"l'obiettivo di coniugare le specificità locali con un governo delle politiche efficace"*. Per dare coerenza al sistema degli interventi pubblici il Piano prevede poi che *"tutti i nodi della rete istituzionale e dei servizi devono fare perno sull'ambito distrettuale proprio per realizzare adeguatezza gestionale, qualità ed integrazione dei servizi"*.

In coerenza con queste indicazioni, il Piano richiama l'obiettivo che l'esercizio associato delle funzioni degli Enti locali, mediante le Unioni dei Comuni, coincida di norma con l'ambito distrettuale. In questo modo, sono le Unioni dei Comuni e i Distretti delle Aziende sanitarie, per quanto di propria competenza, ad assolvere unitariamente alle funzioni di programmazione, regolazione, realizzazione e verifica dei servizi e degli interventi in ambito sociale, sociosanitario e sanitario territoriale. L'integrazione istituzionale a livello intermedio è garantita invece dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, composta dai rappresentanti degli Enti locali e delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, alla quale sono riconosciute funzioni di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e di controllo, in attuazione e in coerenza con gli atti nazionali e regionali.³

¹ Negli anni successivi, sono stati in effetti unificati gli organismi di governo, gli strumenti di supporto tecnico-amministrativo e gli atti di programmazione, sempre a livello di Distrettuale e sempre in forma integrata sociale e sanitaria. I diversi Piani sociali e sanitari regionali dell'Emilia-Romagna che si sono succeduti negli ultimi anni hanno mantenuto questa impostazione, prevedendo il permanere a livello distrettuale delle funzioni di programmazione, regolazione e committenza.

² Secondo la Dgr n. 2011/2007: *"Il Distretto costituisce l'articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale, ed il luogo della formulazione della committenza, che esprime il fabbisogno di assistenza territoriale in forma residenziale, ambulatoriale, domiciliare, ricompresa nei LEA ed è funzionale allo sviluppo di collaborazione e di relazione tra Azienda ed Enti Locali. Il Distretto si configura come l'ambito ottimale per garantire una risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimo alla comunità locale, nel quale il cittadino e la comunità stessa si riconoscono e si vedono rappresentati e garantiti nelle proprie specifiche esigenze di salute. Il Distretto, nello specifico, è centro di riferimento per l'accesso ai servizi territoriali dell'Azienda e polo unificante dei servizi sanitari e socio-sanitari presenti nell'ambito distrettuale per la realizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e viceversa"*.

³ Il Piano ribadisce l'importanza che a livello distrettuale siano le Unioni dei comuni a svolgere un ruolo centrale: *"L'Unione di ambito distrettuale si deve sempre più connotare come nodo della rete di governo locale per lo sviluppo delle politiche di welfare nel loro complesso, come il luogo della programmazione realmente integrata volta a dare ai cittadini di più Comuni servizi articolati in base ai loro bisogni, e la garanzia degli stessi diritti"* (p. 13).

2.2 Un sistema unitario di programmazione dei servizi

Il documento di programmazione dell'Azienda USL di Bologna redatto in applicazione della Delibera di Giunta regionale n. 2040/2015 (PATRO), si concentra sui temi dell'organizzazione dei servizi territoriali e di quelli ospedalieri di riferimento distrettuale o aziendale.⁴ L'approccio esplicitamente adottato è quello di una programmazione di sistema che prima di entrare nel dettaglio delle diverse soluzioni organizzative definisce il sistema di relazioni che connette le singole parti. Sotto questo profilo, si prevede un sistema articolato in sette livelli assistenziali:

- 1) l'assistenza di comunità che *“oltre al superamento di una sanità di attesa, a favore di un approccio d'iniziativa”* include *“strategie e interventi verso la individuazione precoce dei fattori di rischio, dei bisogni dichiarati, di quelli non espressi e delle potenzialità insite nei programmi di prevenzione, di sviluppo dell'autonomia e di responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti, tanto quelli professionali ed istituzionali che quelli presenti nella comunità locale”*;
- 2) l'assistenza primaria che *“comprende tutti i servizi ad accesso diretto con funzioni di valutazione, trattamento diretto o coinvolgimento di altre figure per valutazioni ed episodi di cura che restano in questo ambito. I modelli assistenziali e ruoli professionali innovativi, in grado di sostanziare i principi di appropriatezza, produttività, continuità delle cure, riduzione delle disuguaglianze (ad es.: infermiere di comunità) e, in generale, di spostare l'asse della relazione tra Servizio sanitario e cittadini dalla prestazione alla presa in carico”*.
- 3) Le cure intermedie che viene considerato *“il livello più strategico per la riorganizzazione dell'intero sistema sanitario e sociosanitario”* include *“tutto ciò che può essere attivato per affrontare efficacemente sul territorio i problemi dei cittadini, che presentano caratteristiche di cronicità, disabilità e vulnerabilità psico-sociale, prevenendo il ricorso alla ospedalizzazione o riducendone al massimo la durata”*;
- 4) Il sistema integrato di interventi e servizi sociali con titolarità *“degli Enti Locali (con possibilità di delega) delle funzioni sociali ed il concorso di Aziende USL per il funzionamento del sistema socio-sanitario”*. Secondo il documento di programmazione il *“sistema socio-sanitario si pone, dal punto di vista concettuale, sullo stesso livello di assistenza delle Cure Intermedie”* perché condivide con esso la *“necessità di relazionarsi e collegarsi attivamente con tutti gli altri livelli della assistenza”*. Anche l'integrazione socio-sanitaria trova nuovo impulso nelle Case della salute che favoriscono interventi sinergici tra sociale e sanitario;
- 5) Il sistema ospedaliero con funzioni distrettuali che nel proprio ambito territoriale deve mettersi al servizio del *“bacino di utenza di riferimento e dei servizi ricompresi nei livelli precedenti per la gestione dell'episodio di cura”*. È inoltre specificato che durante tale episodio di cura ospedaliera, *“i livelli di assistenza territoriale mantengono l'attenzione, la presenza ed il collegamento necessari a contenere al minimo l'impegno ospedaliero come attività di degenza”*. Le attività fondamentali del sistema ospedaliero distrettuale *“riguardano i servizi di Pronto soccorso e di Emergenza, l'area medica comprensiva delle competenze internistiche, geriatriche, riabilitative e organizzata per intensità di cura, l'area chirurgica generale e specialistica per gli interventi di media e bassa complessità, l'area materno-infantile”*;

⁴ Nel presente allegato, quando non espressamente riferito ad altre fonti, le parti tra virgolette e in corsivo sono tratte dal Documento “La programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera nell'area metropolitana di Bologna” dell'Azienda USL di Bologna, datato 31 ottobre 2016.

- 6) Il sistema ospedaliero con funzioni specialistiche a cui sono attribuite “*funzioni di alta specializzazione per ambiti territoriali più vasti, funzioni che richiedono tecnologie e competenze di secondo livello (ad esempio: Cardiologia con emodinamica interventistica, Neurochirurgia, Rianimazione pediatrica e neonatale etc...)*”;
- 7) Le reti regionali che includono le strutture con livelli di specializzazione ancora superiore e che richiedono una programmazione di livello “*regionale (ad esempio: rete dei trapianti, rete delle malattie rare, rete traumatologica etc...)*”, coerentemente con le norme di riordino nazionali” e che sono programmate appunto a livello regionale.

La definizione di sette livelli assistenziali sui quali articolare la propria programmazione all'interno di una visione che si sforza di rimanere unitaria testimonia la complessità del sistema sanitario e sociosanitario che deve far fronte a bisogni non solo differenziati, ma anche in rapida evoluzione, utilizzando in modo flessibile soluzioni organizzative e gestionali diverse. Si noti inoltre che, mentre i confini tra gli ultimi tre livelli sono relativamente ben definiti perché possono essere correlati a modelli organizzativi chiaramente distinti che consentono di differenziare le attività comprese all'interno dei diversi confini, non altrettanto si può dire al momento per i primi quattro livelli che caratterizzano l'ambito territoriale. Infatti, mentre il documento di programmazione attribuisce una rilevanza prioritaria a tali livelli nella consapevolezza che i bisogni dei cittadini che si trovano in condizioni di fragilità multipla si manifestano e devono trovare risposta in modo crescente a quei livelli, esso - per ragioni che esamineremo brevemente in seguito - definisce in modo più sfumato i contenuti e il confine tra i primi quattro livelli. In particolare, il ricorso alla nozione di “*presa in carico*”, riferibile sia a una persona (cure intermedie) sia a un problema (prevenzione/protezione) non aiuta a passare dalla discriminazione terminologica all'individuazione di soluzioni organizzative distinte. Allo stesso modo, mentre il legislatore nella definizione dei Livelli assistenziali si riferisce a ambiti quali il “*livello distrettuale*” e “*il livello ospedaliero*” facendo coincidere abbastanza chiaramente i riferimenti istituzionali e organizzativi, le nozioni di cure primarie e di cure intermedie si presentano, almeno fino all'introduzione delle Case della salute, ancora piuttosto elusive rispetto alla caratterizzazione dei modelli organizzativi ad esse riferibili.

Nel complesso, il Documento di programmazione mostra piena consapevolezza del fatto che la crescente segmentazione in livelli dei sistemi complessi richiede che venga dedicata poi un'attenzione del tutto particolare alla definizione di strumenti sufficientemente robusti per raccordare le attività che si svolgono ai diversi livelli - coinvolgendo peraltro enti diversi e risorse eterogenee - evitando una crescita esponenziale della frammentazione dei processi. Sotto questo profilo, il problema dell'integrazione tra Enti nell'esercizio delle loro funzioni di programmazione, finanziamento e controllo tra ambiti di intervento diversi all'interno di un luogo istituzionale unitario identificato nel Distretto, si pone anche sul piano organizzativo per far sì che le indicazioni programmatiche siano puntualmente seguite all'interno di assetti capaci di governare in modo coerente ed unitario le attività e le funzioni attribuite ai diversi livelli del sistema.

2.3 Strumenti di governo per l'assistenza territoriale

In considerazione della complessità delle relazioni tra livelli e data la rilevanza determinante degli apporti di diversi professionisti all'interno di ciascuno dei livelli del sistema di intervento sopra descritto, non sorprende l'attenzione che nel dibattito sulla programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari è dedicata alle soluzioni di raccordo e integrazione basate sulle reti di collaborazione professionale. Nel caso del Documento dell'Azienda USL di Bologna queste soluzioni assumono quattro configurazioni che includono, in ordine di crescente complessità organizzativa: “i

coordinamenti professionali”, i “gruppi multidisciplinari”, i “percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali”, e i “programmi”. Non è questa la sede in cui dare conto delle diverse caratteristiche di questi strumenti e delle condizioni che consigliano l’adozione di uno piuttosto che di un altro, ma è utile rimarcare che la loro motivazione comune è che a fronte di processi in cui a “ogni livello operano professionisti appartenenti ad istituzioni, professioni, discipline, orientamenti diversi, risulta ben comprensibile come sia necessario identificare gli strumenti di governo clinico e di governance in senso stretto che devono rendere praticabile e sostenibile il sistema”. Infatti, “è esperienza comune che il sistema, senza meccanismi attivi di guida e presa in carico, espone il cittadino-paziente a frammentazione, contraddittorietà e conflitti che si ripercuotono seriamente sugli esiti”.

È importante osservare che nel Documento di programmazione tali meccanismi sono collocati in un rapporto di tipo gerarchico in cui sono appunto considerati strumenti operativi per la gestione di processi che si presentano come particolarmente complessi, ma che non possono agire in un vacuo istituzionale e organizzativo. Al contrario, essi possono contribuire efficacemente agli obiettivi loro assegnati solo se collocati all’interno di un sistema in cui ai livelli logici della programmazione di sistema sono affiancate soluzioni, istituzionali prima e organizzative e finanziarie poi, disegnate per risolvere o almeno per ridurre l’entità degli ostacoli e dei conflitti che inevitabilmente emergono in presenza di processi così articolati. La necessità di mantenere una netta distinzione logica tra assetti istituzionali, modelli organizzativi e meccanismi di finanziamento da un lato e strumenti di governo clinico dall’altro è particolarmente opportuna in considerazione della rapida evoluzione delle conoscenze mediche, assistenziali e organizzative che modificano - talvolta in modo radicale e repentino - le caratteristiche dei processi assistenziali richiedendo una revisione continua degli strumenti di governo clinico e dall’altro la crescente rilevanza di pazienti che non sono riferibili a specifici percorsi perché caratterizzati dalla compresenza di molteplici patologie e da condizioni sociali di fragilità che non consentono una effettiva standardizzazione dei percorsi. In un simile contesto è importante distinguere tra i due piani e non sovraccaricare gli strumenti di governo clinico - che mantengono la loro rilevanza nell’ambito di obiettivi definiti in modo appropriato e nel rispetto dell’autonomia dei professionisti coinvolti - di aspettative eccessive in relazione alla loro capacità di risolvere da soli i problemi di coordinamento tra i diversi livelli di intervento presenti nei moderni sistemi di welfare.

2.4 Modelli organizzativi per le cure primarie e intermedie

Il documento di programmazione dell’Azienda USL di Bologna dedica ampio spazio alla definizione degli assetti futuri della rete dei servizi territoriali. In particolare, due sono gli strumenti organizzativi – di diverso grado di innovazione – su cui si concentra l’attenzione per superare i problemi di coordinamento e integrazione tra i diversi livelli dell’assistenza territoriale: la Casa della Salute e l’Ospedale di comunità.

La Casa della salute

È il modello organizzativo a cui è dedicato maggior spazio nel Documento di programmazione dell’Azienda USL di Bologna anche perché nel relativo ambito territoriale è meno diffuso rispetto ad altre province della Regione. Viene infatti notato che “il percorso per rendere le CdS il punto di riferimento primario per la popolazione generale, per quanto avviato, richieda ancora molto lavoro. Infatti le aree geografiche sinora coperte con maggiore efficacia sono state quelle rurali, mentre restano in buona misura da risolvere i più complessi problemi che si presentano nel calare questo modello organizzativo in aree urbane e suburbane”. In particolare nell’ambito del Distretto di Bologna Città, sono segnalati i seguenti fattori che rendono più difficile l’assunzione da parte delle

Case di salute del ruolo di punto di riferimento unitario per i diversi livelli assistenziali e di primo contatto per l'accesso a risorse più specialistiche: a) alta concentrazione di professionisti presso strutture di elevato prestigio; b) forte competizione tra professionisti pubblici e del privato accreditato; c) forte mobilità dei pazienti nella scelta sia degli specialisti sia dei medici di medicina generale. In tale contesto l'Azienda ritiene che affrontare il tema delle Case della salute solo in termini strutturali e cioè di individuazione delle sedi fisiche *“non porti ad ottenere in tempi ragionevoli il risultato atteso, cioè portare i cittadini a rivolgersi prioritariamente ai servizi territoriali e ridurre la capacità attrattiva degli ospedali”*.

Pur tenendo conto di queste difficoltà, le Case della salute sono individuate come il modello che, sulla base delle indicazioni formulate dai Distretti di riferimento, diviene il fulcro organizzativo unitario per i quattro livelli assistenziali territoriali. Al di là della complessa definizione degli ambiti territoriali e delle difficoltà a definirne pienamente il ruolo in aree ad alta concentrazione demografica e di offerta di servizi altamente qualificati, la parte programmaticamente più rilevante del ruolo attribuito alle Case della Salute ruota attorno alla precisazione secondo cui esse si configurano a tendere come *“comunità multi-professionali e multi-disciplinari, nelle quali ogni disciplina e professione, negli spazi che si aprono per la innovazione e lo sviluppo della assistenza territoriale, può trovare opportunità di crescita”*. All'interno di queste comunità trovano posto non solo i professionisti tipicamente attivi nel livello delle cure primarie e intermedie quali i medici convenzionati ma anche i professionisti ospedalieri a vocazione più specialistica che dovrebbero *“rappresentare per il livello territoriale il riferimento per assicurare rapido accesso alle diagnostiche e garantire lo svolgimento dei percorsi terapeutici anche a domicilio in completa integrazione con il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta”* e i professionisti del Servizio sociale territoriale dell'Ente Locale i quali sono chiamati a collaborare *“nella realizzazione dei progetti individualizzati di vita e di cura che nell'attivazione delle risorse della comunità locale”*.

Mentre è chiaro che le indicazioni programmatiche sugli obiettivi da conseguire, sulle modalità di verifica dei risultati nonché sul governo delle relazioni inter-istituzionali rimangono in capo ai Distretti, non altrettanto evidente è la definizione dei meccanismi che dovrebbero facilitare l'effettivo coordinamento o l'integrazione tra i contributi dei diversi professionisti (convenzionati e dipendenti, pubblici e privati) nonché dei Dipartimenti territoriali e per certi aspetti anche di quelli ospedalieri le cui Unità operative sono coinvolte nelle reti dei servizi riferibili ai livelli assistenziali territoriali. Al riguardo, il Documento precisa che il *“Dipartimento delle Cure Primarie in questo ha un ruolo da pivot, attraverso le UO di ambito territoriale nelle quali è articolato”* e che esso *“deve anche identificare per ogni ambito punti di responsabilità per la declinazione locale delle principali azioni aziendali”*. Tuttavia, anche l'apposita sezione dedicata alla descrizione dell'assetto organizzativo delle Case della salute pur apportando diversi elementi utili a definire in modo più preciso le responsabilità nel perseguire gli obiettivi e gli strumenti di governo (da quelli gerarchici a quelli basati su incentivi) non prevede soluzioni *ad hoc* per rafforzare in modo diretto i collegamenti tra le attività da collocare all'interno della Case della salute - e più in generale a livello territoriale - e quelle da collocare a livello ospedaliero.

L'approfondimento dedicato al governo delle Case della salute mette in luce il fatto che pur nell'opportunità di garantire che l'insieme di tutte le attività (e in particolare delle cure intermedie) *“sia gestito unitariamente e che l'insieme dei professionisti che vi concorrono si rappresenti e si organizzi come un team multiprofessionale e multidisciplinare”*, tuttavia, le *“diversità contrattuali, di afferenza istituzionale e di afferenza disciplinare, non rendono possibile un modello di leadership gerarchica”*. Di conseguenza viene previsto lo sviluppo di *“un modello di collaborazione basato sulla*

leadership professionale, valutando di volta in volta chi, tanto tra i professionisti medici che tra le professioni sanitarie ha un riconoscimento, da parte dei colleghi, che gli consenta di esercitare con sufficiente autorevolezza i ruoli di coordinamento". Pur in questa indeterminatezza, tre sono le figure a cui, al di là della leadership professionale sono attribuiti compiti di coordinamento generale e cioè: "un responsabile organizzativo, con funzioni di collaborazione alla progettazione e di monitoraggio ed adeguamento della logistica, del funzionamento pratico della Casa della Salute e della offerta in generale"; un "responsabile clinico, con funzioni di indirizzo, verifica e garanzia della integrazione tra le figure della Casa della Salute e di collegamento con i PDTA ed i coordinamenti disciplinari" scelte "tra professionisti che svolgono già ruoli di coordinamento nei livelli di assistenza delle cure primarie ed intermedie" e un "referente della promozione della salute" chiamati ad operare in rete. Anche in relazione alle responsabilità attribuite a questi coordinatori o referenti, il Dipartimento di cure primarie (di cui farebbero parte), assume "in maniera più chiara funzioni slegate dalla produzione e più specificamente orientate alla organizzazione e gestione della complessità".

Pur dando atto del notevole sforzo di definizione delle caratteristiche principali del modello organizzativo delle Case della salute all'interno di un contesto – i quattro livelli dell'assistenza territoriale – che presenta particolari complessità, la presenza di coordinatori e referenti che fanno capo al Dipartimento di cure primarie cui sono attribuite le principali responsabilità relativamente ai suddetti livelli potrebbe non essere sufficiente a garantire una efficace capacità di coordinamento e integrazione dei processi in una logica di gestione attiva della salute e con un ricorso crescente a modalità di erogazione dei servizi alternative al ricovero ospedaliero. Questo perché nel complesso, una parte preponderante dei professionisti e delle risorse strutturali coinvolta in tali processi - sul piano quantitativo e dei profili di responsabilità decisionali - è afferente ad altri Dipartimenti oppure si pone in relazione con il Servizio sanitario tramite convenzioni (medici di medicina generale o pediatri di libera scelta) o relazioni contrattuali (soggetti privati accreditati).

Questa considerazione in merito alla capacità effettiva da parte di questo assetto organizzativo di governare i processi vale in modo particolare per quelli che attraversano - spesso in direzione biunivoca - il confine tra livello territoriale e ospedaliero passando da un ambito caratterizzato da relazioni più informali e da meccanismi di finanziamento e incentivazione non allineati su obiettivi univoci determinati, a un ambito in cui invece le responsabilità, anche gerarchicamente definite, e le regole di finanziamento sono più chiaramente definite anche in termini di indicatori di risultato. Per questo tipo di percorsi assistenziali – spesso caratterizzati da ampia eterogeneità tra i pazienti coinvolti - il rischio è che ruoli di coordinamento basati sulla capacità di sviluppare reti professionali disegnate intorno a figure di *leadership* professionali, ma prive di efficaci strumenti gerarchici e di controllo finanziario, non siano in grado di esercitare un effettivo controllo sulle fasi che si sviluppano in articolazioni organizzative più strutturate nelle dimensioni sopra richiamate. In altre parole, al di là delle relazioni con i professionisti convenzionati – spesso peraltro assai positive – o con i dipendenti dei soggetti privati accreditati, nel momento in cui gli obiettivi e le indicazioni gestionali nelle Unità operative coinvolte nella gestione dei processi di cui sopra sono definite da Responsabili e Direttori di Dipartimento diversi da quello delle Cure primarie e più precisamente da quelli di ambito ospedaliero, il rischio è che gli obiettivi di salute individuati dal Distretto e le modalità di attuazione dei processi assistenziali definite dai coordinatori della Casa della salute non ricevano un'attenzione adeguata. In questo senso, la reiterata sottolineatura del ruolo centrale del Distretto quale articolazione dell'Azienda che deve programmare e controllare le attività dei primi quattro livelli assistenziali non rassicura del tutto, perché tali funzioni pertengono a un livello di indirizzo e verifica di natura non operativo e che per essere efficace necessita di una struttura

organizzativa di riferimento in grado di valutare le ragioni di fondo dei problemi di coordinamento e di realizzare una efficace integrazione.

Il modello sopra descritto di assetto di governo delle Case della salute è definito esplicitamente come provvisorio e meritevole di ulteriori riflessioni e valutazioni, in modo da garantirne il rafforzamento, in coerenza con la Dgr n. 291/2010. Sotto questo profilo potrebbero essere valutate iniziative quali la più puntuale precisazione dei profili professionali, delle responsabilità e delle prerogative dei responsabili già individuati nonché delle loro relazioni con il Dipartimento delle Cure primarie e gli altri Dipartimenti coinvolti nei principali processi che interessano le Case della salute. Allo stesso modo, potrebbe essere considerata l'adozione formale di un organismo collegiale tra referenti e coordinatori in grado di contribuire a mettere in coerenza l'insieme delle attività proprie delle Cure primarie e quelle supporto della continuità dei percorsi assistenziali che coinvolgono altri livelli e a dare impulso – di nuovo migliorando le attività di relazione tra livelli - ai nuovi servizi strutturali di rilevanza strategica riferibili al livello delle cure intermedie quali, in particolare, l'Ospedale di comunità. Sotto questo profilo, tutti gli approfondimenti volti a migliorare, sulla base delle concrete esperienze che verranno progressivamente acquisite, l'efficacia del modello organizzativo delle Case della salute dovranno essere seguiti con attenzione non solo per la crescente centralità dei livelli assistenziali che ruotano attorno a tale struttura, ma anche perché tale modello probabilmente non assumerà una forma definita in modo univoco – come può accadere negli ambiti di produzione di servizi standardizzati – ma continuerà a riflettere i mutevoli equilibri che nei diversi ambiti territoriali si realizzeranno tra le Istituzioni coinvolte, nonché le diverse combinazioni di condizioni economiche, sociali e sanitarie della popolazione di riferimento.

L'Ospedale di comunità

Nella complessità dei problemi strutturali e di relazione che caratterizzano la gestione integrata dell'assistenza territoriale, i segmenti in cui i percorsi assistenziali attraversano il confine tra ospedale e territorio sono quelli più difficili da governare in una logica di programmazione distrettuale mirata all'equità di accesso, alla prossimità al domicilio e alla continuità assistenziale. Anche per questo motivo, la Regione ha indicato alle Aziende di investire in modo prioritario nella istituzione di una rete di strutture territoriali in grado di far fronte, in ambito distrettuale, ai fabbisogni di una pluralità di pazienti che non possono essere adeguatamente trattati presso il proprio domicilio ma per i quali il ricovero ospedaliero è inappropriato per diverse ragioni. In particolare, la Regione con il "Documento programmatico 2013-2015" del gennaio 2014 e quindi con la Delibera di Giunta n. 221/ 2015 ha definito gli obiettivi degli Ospedali di comunità nel ridurre il ricorso inappropriato agli ospedali e nel supportare i percorsi di dimissione dagli ospedali garantendo in modo equamente diffuso sul territorio la presenza di un ambito assistenziale di piccole dimensioni, non dotato di funzioni specialistiche, mirato a garantire il recupero più rapido delle funzioni ordinarie di pazienti prevalentemente anziani e pluri-patologici al fine di rendere possibile il re-inserimento nel loro ambiente di vita quotidiano in tempi comunque limitati e in condizioni di stabilità e sufficiente autonomia e, non ultimo, affidato per quanto di competenza a una direzione infermieristica e alla responsabilità clinica di medici di Medicina generale o di medici di Continuità assistenziale e cioè, nel complesso, a professionisti inseriti nell'ambito del livello delle cure primarie.

Questa sintesi di alcune tra le principali caratteristiche degli ospedali di comunità è utile a chiarire che si tratta di strutture che, pur nelle possibili varianti che hanno già assunto e che potranno assumere in futuro per adattarsi all'eterogeneità delle condizioni territoriali, concorrono a mettere a disposizione risorse strutturali e professionali rilevanti per garantire gli obiettivi di appropriatezza

organizzativa e di continuità assistenziale all'interno di una dimensione che risponde al Distretto sul piano della programmazione e alla logica della gestione della salute - mediante il più stretto controllo sugli ambiti assistenziali più appropriati - sul piano delle soluzioni organizzative. In relazione all'importanza del disegno degli assetti istituzionali (ruolo del Distretto) e dei modelli organizzativi (regole di funzionamento dei Dipartimenti territoriali e delle strutture *ad hoc* quali le Case della salute) per dare coerenza ed efficacia agli strumenti per governare il sistema dell'assistenza territoriale, la priorità da attribuirsi all'istituzione di strutture quali gli Ospedali di comunità può essere interpretata come un contributo a mettere ordine nel sistema di relazioni tra i livelli, convogliando alcuni importanti "percorsi assistenziali" all'interno di strutture in cui sono - e saranno ancor più in futuro - chiarite precisamente le condizioni di accesso, le risorse a disposizione e le responsabilità. In questo senso, l'istituzione di Ospedali di comunità può agevolare il perseguimento di quegli obiettivi di governo unitario e di continuità assistenziale che si sono rivelati - per le ragioni sopra richiamate - molto più elusivi in ambito territoriale rispetto agli ambiti ospedalieri.

2.5 Gli strumenti finanziari a supporto dell'integrazione

Il compito di tenere in coerenza un sistema di interventi pubblici così complesso e articolato su molteplici livelli istituzionali è difficile e richiede un disegno coerente e organico di assetti istituzionali, modelli organizzativi e strumenti di governo clinico. Oltre a ciò, soprattutto nei sistemi sanitari in cui è presente una pluralità di finanziatori (pubblici o privati) che entrano in relazione anche con soggetti complessivamente responsabili dell'erogazione dei servizi mediante "*accountable care organizations*" (ad es. Stati Uniti, Olanda, Francia, Germania), agli strumenti di finanziamento è affidato il compito di allineare i comportamenti degli erogatori a un modello basato sulla gestione attiva della salute delle popolazioni di riferimento. Nel Servizio sanitario nazionale esperimenti di questo tipo sono in corso di svolgimento ad esempio in Lombardia nei casi in cui le articolazioni territoriali responsabili per garantire i livelli essenziali hanno affidato a soggetti terzi il compito di gestire i percorsi assistenziali dei pazienti con più patologie croniche attribuendo loro budget ponderati rispetto al numero e alla complessità di tali patologie.

Senza entrare nel merito di queste sperimentazioni, è opportuno notare che il processo di definizione dei budget (di macro-allocazione delle risorse) per il 2018 nell'Azienda USL di Bologna è stato attuato prima nei confronti dei Distretti e in interlocuzione con i loro Direttori - sulla base della determinazione dei loro fabbisogni prospettici - e solo dopo, su quella base, con i Dipartimenti di produzione. E' stata quindi avviata una nuova procedura apparentemente di natura gestionale, ma che in realtà dà coerente applicazione al rafforzamento dell'opzione verso un orientamento unitario degli interventi pubblici a livello territoriale. Inoltre essa può porsi il duplice obiettivo di incentivare i Direttori di Distretto ad allineare maggiormente gli obiettivi di sistema in termini di gestione di salute e l'allocazione delle risorse tra gli erogatori di servizi e di motivare indirettamente - mediante una maggiore chiarezza in merito alle risorse attribuite al Distretto dal Servizio sanitario - i Comuni che partecipano al Comitato di Distretto a partecipare in modo più attivo al processo di programmazione e controllo e all'integrazione tra risorse che confluiscono nel sistema di welfare a livello locale. Questa innovazione si pone in coerenza anche con alcune delle più recenti sperimentazioni internazionali descritte in allegato 1 che concentrano l'erogazione delle risorse finanziarie necessarie in modo unitario in capo al soggetto che si assume la responsabilità complessiva della gestione della salute della popolazione di riferimento. In questo modo, si ritiene infatti che tale soggetto sia più efficacemente incentivato ad adottare il complesso di interventi che

– pur riferendosi ad ambiti anche non sanitari o socio-sanitari in senso stretto – consentano di conseguire i migliori esiti in termini di salute e di benessere per la popolazione.

L'esempio del nuovo meccanismo di allocazione del budget ai Distretti da parte dell'Azienda USL di Bologna chiarisce la crescente rilevanza del tema dell'integrazione "orizzontale" tra risorse conferite e funzioni esercitate dagli Enti locali e dai Distretti delle Aziende per conseguire una maggiore efficacia del sistema di welfare territoriale. Allo stesso tempo tale esempio fa riflettere sulla necessità di presidiare con attenzione le forme di integrazione "verticale", in particolare nell'ambito dei servizi sanitari, tra gli interventi che devono essere considerati di riferimento distrettuale e quelli che invece, per le necessità di concentrare l'erogazione in poche sedi, devono essere programmati e gestiti a un livello territoriale superiore. In altro modo, in presenza di difficoltà crescenti a governare i percorsi assistenziali tra territorio e ospedale per un numero crescente di pazienti fragili, occorre porsi il problema di allocare il budget per l'erogazione dei servizi ospedalieri di riferimento distrettuale al Distretto per allineare le responsabilità programmatiche e finanziarie in capo a un solo soggetto e per ridurre così i problemi di appropriatezza organizzativa a fronte delle mutate esigenze della popolazione di riferimento territoriale nel suo complesso.

3 Il raccordo tra livello territoriale e livello ospedaliero

L'analisi condotta nella sezione precedente ha posto in evidenza la necessità di adottare una pluralità di soluzioni a diverso livello (istituzionale, organizzativo e finanziario) per superare le difficoltà di coordinamento tra le attività che si svolgono nei diversi ambiti assistenziali. In particolare, nel rilevare che la Regione ha promosso lo sviluppo di modelli organizzativi specifici per l'assistenza territoriale, quali le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità, si è osservato che nell'area metropolitana di Bologna la realizzazione di tali modelli e in particolare degli Ospedali di comunità è ancora in una fase iniziale e si presenta in modo non uniforme sul territorio. Tuttavia, in considerazione degli impegni programmatici assunti volti a favorirne lo sviluppo, seppure con modalità differenziate rispetto alle caratteristiche dei diversi Distretti, è opportuno riflettere sui fattori che possono favorire o meno il raccordo tra le attività di tali strutture e quelle che si realizzano in ambito ospedaliero. In premessa si noti che la programmazione di strutture che dovranno svolgere un ruolo centrale nell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, richiede una partecipazione attiva dei Comitati dei Sindaci di Distretto per vigilare affinché il potenziamento di queste strutture di riferimento distrettuale sia coerente con gli obiettivi del sistema di welfare territoriale nel suo complesso vigilando nei confronti del rischio che esse divengano strumentali all'ampliamento degli ambiti governati dal livello ospedaliero.

In relazione alle accresciute responsabilità di indirizzo e verifica del Comitato dei Sindaci di Distretto in questa fase di potenziamento delle strutture per l'assistenza territoriale, è altresì opportuno valutare il rafforzamento delle competenze del Direttore del Distretto nei meccanismi di governo delle reti fino alle funzioni ospedaliere di interesse distrettuale. Più precisamente, le funzioni attribuite al Direttore di Distretto dovrebbero andare oltre la garanzia delle esigibilità dei livelli assistenziali o la committenza, includendo il coordinamento delle reti con obiettivi di miglioramento delle relazioni tra le strutture di produzione. In questo modo si ricondurrebbe al Distretto – quale articolazione territoriale dell'Azienda - la competenza su tre diversi profili di integrazione: tra tutti i livelli dei servizi territoriali; tra questi ultimi e i servizi ospedalieri nel perimetro territoriale di competenza e tra le strutture del Servizio sanitario e i soggetti erogatori dei servizi socio-assistenziali. Queste più incisive competenze non entrano peraltro nella sfera della gestione dei processi di produzione dei servizi che rimangono competenza dei singoli Dipartimenti territoriali

competenti per funzione e area territoriale quali strumenti deputati alla più efficace organizzazione delle risorse professionali, strutturali e finanziarie. Al contrario la distinzione di ruoli tra Direzione del Distretto e Direzione dei Dipartimenti dovrebbe essere ulteriormente rafforzata. Infatti, forse il principale elemento di novità nel rafforzamento del ruolo del Direttore del Distretto - quale delegato del Direttore generale dell'Azienda nel suo ambito territoriale e interlocutore dei Sindaci componenti il Comitato - è che esso non attiene solamente alla formulazione di una generica committenza nei confronti dei Dipartimenti ma include anche l'istruzione e il governo del percorso operativo di programmazione e controllo sulle attività realizzate dai Dipartimenti. Si comprende meglio quindi perché è rilevante che l'attribuzione dei budget ai Dipartimenti all'interno delle Aziende sanitarie - per le funzioni di competenza distrettuale - non si realizzi tra Direzione generale e Direttori dei Dipartimenti, ma tra la prima e i Direttori di Distretto che dovrebbero poi attivarsi per perseguire una gestione attiva e integrata della salute della popolazione di riferimento utilizzando al meglio le strutture di offerta a disposizione.

Nel contesto di questa sezione dedicata ai meccanismi di raccordo tra livelli assistenziali territoriali e ospedalieri, l'obiettivo principale di questa innovazione consiste nel fatto che le risorse attribuite dalle Aziende USL ai Distretti dovrebbero includere anche quelle per la copertura dei costi per l'erogazione dei servizi ospedalieri di riferimento distrettuale secondo le indicazioni programmatiche dei soggetti istituzionali competenti. Sulla base di tali risorse e delle indicazioni acquisite in merito alle caratteristiche ottimali della combinazione delle strutture nelle reti dei servizi, il Direttore di Distretto sarà in grado di orientare i sistemi di offerta, in interlocuzione con i Direttori dei Dipartimenti - per definire la combinazione di assistenza domiciliare, di strutture dedicate alle cure intermedie e di strutture ospedaliere più adeguata a rispondere alle specifiche esigenze del territorio e, in modo ancor più decisivo, le risorse - correnti e in conto capitale - da attribuire a ciascuno di questi ambiti. Nell'ambito di questa interlocuzione, dato il contesto e la prevedibile evoluzione dei fabbisogni complessivi, il Direttore di Distretto dovrà quindi svolgere un ruolo rilevante nel garantire che le strutture ospedaliere di riferimento siano integrate funzionalmente con il territorio e non dominanti rispetto a percorsi assistenziali nei quali occorre attribuire una crescente priorità a obiettivi di prossimità, continuità e raccordo rispetto ai correlati interventi sociali e socio-sanitari.

L'adozione di innovazioni istituzionali volte a consolidare le prerogative di programmazione in sede locale del Comitato dei Sindaci e quelle gestionali del Direttore di distretto per definire una rete dei servizi più adeguata ai nuovi bisogni non garantisce di per sé il conseguimento di questo obiettivo. Infatti, le ricordate differenze tra i modelli organizzativi propri delle strutture ospedaliere rispetto a quelle territoriali in termini di standardizzazione dei processi, di misurabilità dei risultati, di definizione delle responsabilità, nonché la stessa entità delle risorse minime necessarie per garantire la sostenibilità delle strutture ospedaliere rispetto alle esigenze di base della popolazione di riferimento rappresentano ostacoli rilevanti in questo percorso di riequilibrio. Infatti, oltre alle aspirazioni dei diversi Enti locali di mantenere ciascuno una propria struttura ospedaliera anche per le loro evidenti ricadute sociali ed economiche, occorre superare una situazione di stallo in cui da un lato le soluzioni territoriali al momento non sono sufficienti a soddisfare una parte rilevante dei fabbisogni per cui le strutture ospedaliere continuano a farsene carico assorbendo le relative risorse e dall'altro, in carenza di nuovi investimenti, non vi sono risorse sufficienti per ridurre la distanza tra fabbisogno potenzialmente da soddisfare in strutture non ospedaliere e loro effettiva capacità produttiva. Se si aggiunge a questo il fatto che, come sopra ricordato, i Dipartimenti territoriali - anche per la maggiore eterogeneità professionale e strutturale - sono spesso considerati strumenti gestionali meno coesi rispetto a quelli ospedalieri, si comprende perché permangano perplessità a

trasferire risorse verso strutture territoriali che potrebbero comunque non essere in grado di far fronte ai crescenti fabbisogni assistenziali dei pazienti cronici pluri-patologici. Per questi motivi, nei paragrafi che seguono verranno discusse alcune soluzioni volte a rafforzare la capacità di integrare i servizi ospedalieri di riferimento distrettuale con le corrispettive reti territoriali in modo da contribuire al superamento di questa situazione di potenziale stallo.

3.1 I programmi di coordinamento e strumenti di governo clinico

Il documento di programmazione dell'Azienda USL di Bologna dedica ampio spazio all'analisi degli strumenti di raccordo tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri di riferimento distrettuale. In primo luogo viene espressa la considerazione secondo cui *“non si può riorganizzare la rete ospedaliera in modo disgiunto dalla riorganizzazione territoriale, dovendo quest'ultima riappropriarsi della gestione di quella parte di patologie croniche, disabilità e fragilità che ancora oggi trova risposta nell'ospedale”*. Su questa base si propone una *“rivisitazione del ruolo che l'Ospedale gioca nell'ambito dei setting di cure disponibili”* per favorire *“una diversa gestione dei pazienti fragili, in maniera da ridurre gli accessi in pronto soccorso ed i conseguenti ricoveri ospedalieri, garantire dimissioni precoci, favorire il rapido recupero funzionale e l'autonomia, sostenere i caregiver”*. Se questi sono gli obiettivi dell'Azienda, gli strumenti per realizzarli in un'area assistenziale cruciale quale quella medica sono *“il programma di sviluppo delle Cure Intermedie, il potenziamento della geriatria territoriale ed il suo collegamento con le attività di geriatria ospedaliera sempre più votate alla garanzia di continuità ospedale territorio, la messa in campo di programmi di presa in carico e di continuità delle cure al domicilio”*. Ne deriva quindi che, sempre in area medica, *“le aree internistico-geriatriche ospedaliere sono, conseguentemente, ridimensionate con la contestuale realizzazione di strutture e/o aree dedicate alle Cure Intermedie (vedi OSCO) e si concentrano sulla gestione dei pazienti acuti”*. Rispetto all'opportunità di garantire una maggiore integrazione tra i Dipartimenti ospedalieri e quelli territoriali, la strategia prospettata è quindi duplice e prevede la riduzione delle dotazioni ospedaliere e il contestuale aumento di quelle dedicate alle strutture per le cure intermedie e all'ambito domiciliare nonché, sul piano delle relazioni organizzative, un investimento in attività di supporto alla continuità specificamente mirate ai passaggi tra i livelli assistenziali mediante programmi specifici che coinvolgono direttamente professionisti (di varie discipline o comunque non specialisti) attivi nei vari livelli.

Oltre alle iniziative di modifica nelle dotazioni dei diversi ambiti, si noti la rilevanza attribuita al potenziamento delle iniziative volte a ridurre i costi di transazione nel passaggio tra i livelli quali *“i Punti di Coordinamento della Assistenza Primaria”*, *“la Centrale Metropolitana Post Acuzie”*. Si tratta di programmi che hanno già notevole spessore organizzativo e che in vario modo si prefiggono di rendere più efficiente la gestione delle relazioni tra professionisti e Unità operative afferenti a Dipartimenti o Aziende diversi, contrastando gli scostamenti rispetto ai percorsi ritenuti ottimali rispetto alle condizioni socio-sanitarie degli assistiti. Queste soluzioni organizzative puntano in particolare sulla costituzione di gruppi inclusivi che siano da un lato inter-aziendali e inter-istituzionali (partecipazione dei responsabili dei servizi sociali) nonché multi-professionali e multi-disciplinari in modo da considerare i bisogni complessivi degli assistiti e da condividere le scelte in merito agli ambiti e ai servizi assistenziali più adeguati.

L'affinamento e il potenziamento di queste esperienze di collaborazione definisce una prima risposta alla crescente complessità dei percorsi assistenziali di pazienti cronici pluri-patologici, spesso in condizioni di fragilità anche per condizioni sociali e familiari. Tuttavia, questa collaborazione tra i professionisti nei compositi gruppi costituiti per assumere decisioni che hanno

un impatto sostanziale non solo sulle attività svolte dai singoli professionisti e sui carichi di lavoro nelle strutture, ma anche sull'uso di attrezzature di interesse comune e sulla sostenibilità economico-finanziaria di medio-lungo termine di molte Unità operative, non può essere data per scontata, proprio per le molteplici pressioni che - soprattutto in presenza di indirizzi più pressanti orientati al cambiamento - si scaricano sui punti in cui si assume la decisione in merito alla scelta dell'ambito assistenziale più idoneo. In questo senso, pur considerando necessari questi strumenti di governo per gestire le relazioni all'interno di gruppi così articolati, essi difficilmente possono garantire da soli il pieno conseguimento dell'obiettivo di realizzare un sistema di cure intermedie quale *"servizio multidisciplinare, dotato di strumenti di intervento flessibili su più livelli ..., ispirato ad una pro-attività basata sulla conoscenza dei soggetti fragili e disabili del territorio, in grado di utilizzare tutte le risorse pubbliche e private presenti sul territorio"*.⁵

3.2 Il Team di riferimento

L'opportunità di rafforzare gli strumenti di coordinamento tra servizi territoriali e ospedalieri, andando oltre la definizione di programmi interaziendali e inter-istituzionali (Aziende-Comuni) e di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali è suggerita anche da una recente proposta progettuale che fa parte di una più ampia riorganizzazione delle forme di collaborazione tra le due Aziende sanitarie di Ferrara. In particolare, le *"Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese"* (2017) riconoscono che *"si è profondamente evoluta la funzione del Distretto, uscendo dal contesto puramente territoriale, per andare ad assumere anche una funzione di committenza nella programmazione ospedaliera"* e che *"la Direzione di Distretto detiene il ruolo di chi conosce i bisogni di salute del territorio, ne può identificare le priorità e deve poter contribuire fattivamente al governo delle risposte messe in atto"*. Di conseguenza *"il distretto, pur riconfermando la regia delle fasi territoriali della presa in carico, si inserisce anche nel processo decisionale relativo alla programmazione ospedaliera, al fine di assicurare una reale continuità assistenziale, centrata sulla piena integrazione di tutti i servizi del sistema socio sanitario provinciale"*.

Sul piano dei rapporti inter-istituzionali e delle competenze del Direttore di Distretto nel dare applicazione alle indicazioni della programmazione, il documento prevede che: *"fin dall'Accordo Quadro interaziendale, il ruolo cardine del Direttore del Distretto è quindi dichiarato e previsto per tutti i setting assistenziali. Per questo motivo un rappresentante dei Direttori di Distretto partecipa anche alle Riunioni del Collegio Strategico Provinciale, che rappresenta la sede della Direzione Strategica dell'Assistenza Ospedaliera"*. Sul piano della definizione operativa delle soluzioni organizzative che facilitano l'integrazione delle attività del livello ospedaliero all'interno del sistema di programmazione di ambito distrettuale, il Documento prevede invece l'istituzione presso gli stabilimenti ospedalieri della rete provinciale di uno specifico organismo di raccordo con il territorio. Tale organismo, denominato *Team di riferimento* e composto dal Direttore del Distretto, dai Referenti locali delle Direzioni medica di presidio (facenti capo ai Dipartimenti ospedalieri) e dai Responsabili delle Unità operative più direttamente coinvolte nei percorsi che attraversano il confine tra i diversi livelli assistenziali, ha il compito di fare sintesi tra le indicazioni degli obiettivi della programmazione e della committenza dei servizi di ambito distrettuale e le indicazioni delle Aziende ai Dipartimenti ospedalieri in merito alla differenziazione delle vocazioni di ciascun

⁵ Nello specifico, il documento di programmazione attribuisce rilevanza strategica l'"integrazione tra medici e professioni sanitarie nel determinare il livello di assistenza più appropriato, potendo disporre di molte opportunità ad intensità diversa all'interno dell'area" così come al miglioramento dei "sistemi già esistenti di coordinamento dei percorsi in entrata ed in uscita dall'ospedale (PCAP e CEMPA)" quali strumenti sufficienti a realizzare "moderna assistenza territoriale".

stabilimento nel disegno complessivo delle reti ospedaliere provinciali. In quella sede, quindi, il Direttore del Distretto in interlocuzione con i Referenti delle Direzioni mediche può richiamare i Responsabili delle strutture ospedaliere maggiormente coinvolte - che fanno capo a Dipartimenti di dimensione provinciale - alla coerenza tra le proprie attività e le indicazioni della programmazione strategica riportata al livello distrettuale.

Per queste caratteristiche il *Team* di riferimento dovrebbe svolgere un ruolo di rilievo nel rafforzare l'efficacia delle reti di governo clinico basate sul coordinamento tra i professionisti attivi ai vari livelli assistenziali, contemperando i diversi obiettivi della programmazione territoriale e ospedaliera e trovando equilibri coerenti con le indicazioni strategiche di livello aziendale. Tale strumento, tuttavia, sembra particolarmente indicato nelle situazioni, quale quella della Provincia di Ferrara, in cui la sua introduzione si accompagna all'istituzione di Dipartimenti ospedalieri interaziendali in cui sono collocate tutte le Unità operative della rete provinciale - tendenzialmente di grandi dimensioni e attive su più stabilimenti ospedalieri - e in cui l'Azienda ospedaliero-universitaria è capofila. In tali circostanze, infatti, la possibilità che la programmazione dei Dipartimenti ospedalieri possa non tenere in piena considerazione le istanze di mantenimento di una rete di servizi ospedalieri di base tali da garantire condizioni di prossimità e di integrazione tra diversi livelli assistenziali in ambito distrettuale è piuttosto elevato. Diversa è la situazione in un contesto come quello dell'area metropolitana di Bologna nel quale per il numero e la dimensione degli stabilimenti ospedalieri e delle Unità operative, per la complessità delle reti cliniche e la presenza di IRCCS e di un numero elevato di strutture di riferimento sovra-provinciale, l'istituzione di simili Dipartimenti interaziendali onnicomprensivi appare poco praticabile e non funzionale. Piuttosto, in un contesto metropolitano caratterizzato da una pluralità di Dipartimenti ospedalieri - anche differenziati tra loro per funzioni e attività prevalenti - il rafforzamento delle relazioni istituzionali e organizzative tra livelli assistenziali ospedaliero e distrettuale, deve essere ricercato attraverso una differenziazione di funzioni attribuite a diverse tipologie di Dipartimento. Nel prossimo paragrafo, anche sulla scorta di queste riflessioni, illustreremo quindi una diversa soluzione organizzativa mirata a conseguire obiettivi di maggiore integrazione delle attività ospedaliere di base nel sistema distrettuale degli interventi assistenziali, cercando di allineare in modo più diretto gli obiettivi di sistema definiti a tale livello, agli strumenti di governo gestionale, agli incentivi e ai meccanismi di remunerazione delle prestazioni.

3.3 I Dipartimenti di continuità

In alcune Regioni (Veneto, Marche, Umbria, Basilicata, Sicilia) sono stati attivati Dipartimenti per la continuità assistenziale - a cui afferiscono Unità operative ospedaliere e territoriali - allo scopo di garantire una piena integrazione verticale tra livelli assistenziali. In taluni casi questi Dipartimenti sono esplicitamente definiti come funzionali, il che comporta che ai Responsabili della loro conduzione non sono attribuiti poteri gestionali diretti sulle risorse facenti capo alle Unità operative accorpate appunto solo funzionalmente al loro interno. Gli ambiti disciplinari cui fanno riferimento le Unità operative più spesso integrate in tali Dipartimenti sono la medicina, la geriatria, la post-acuzie e riabilitazione, ma vi sono alcune esperienze anche in ambito materno-infantile, in cardiologia e in oncologia. Una delle più frequenti motivazioni di queste iniziative è la necessità di volgere i vantaggi comparati tipici del Dipartimento, quale strumento funzionale alla gestione di risorse comuni e alla soluzione di problemi di coordinamento tra Unità operative e programmi su aree assistenziali anche molto ampie, al servizio dell'organizzazione di processi che valicano il confine tra diversi livelli assistenziali e diversi ambiti disciplinari, ribaltando l'idea che tale strumento - caratterizzato da linee di programmazione e controllo verticali in contesti ospedalieri - possa

essere di per sé un ostacolo a ospitare o comunque a partecipare al governo di processi ampi e che richiedono la partecipazione di un numero elevato ed eterogeneo di strutture esterne.

Anche nella proposta che segue, i Dipartimenti per la continuità assistenziale (per brevità d'ora in poi "Dipartimenti di continuità") perseguono l'obiettivo prioritario di integrare le attività ospedaliere di riferimento distrettuale con la rete dei servizi territoriali che corrispondono allo stesso ambito territoriale. La loro connotazione transmurale deriva dal fatto che al loro interno, in un unico ambito gestionale, sarebbero collocate strutture ospedaliere e territoriali complementari tra loro e in grado di sostenere una parte rilevante dei percorsi assistenziali per i quali occorre garantire condizioni di prossimità al territorio di residenza dei pazienti. Anche per queste caratteristiche, tali Dipartimenti diverrebbero strumenti in grado di contribuire direttamente a risolvere i persistenti problemi di integrazione dovuti alla permanenza di interessi, obiettivi e vincoli divergenti tra le Unità operative e i professionisti coinvolti nei programmi istituiti per affrontare tali problemi. L'ambito territoriale di riferimento di tali Dipartimenti corrisponderebbe di norma a un Distretto o a due nel caso di Distretti di piccole dimensioni, mentre le Unità operative ad essi afferenti sarebbero tipicamente a vocazione generalista o specialistica di medio-bassa complessità, con l'obiettivo di garantire un'assistenza in forte continuità con il livello territoriale. Tali Unità sarebbero chiamate a erogare prestazioni e servizi anche direttamente in ambito territoriale, garantendo la presenza specialistica sul territorio di riferimento (es. assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare, consulenze nelle strutture residenziali socio-sanitarie e di cure intermedie, etc.).

Sotto questo profilo, il Dipartimento di Salute mentale che nella sua attuale configurazione si presenta a tutti gli effetti come un Dipartimento transmurale includendo al proprio interno l'intera gradazione dei servizi (ospedale, territorio, assistenza residenziale e semi-residenziale, etc.) con l'obiettivo di garantire continuità e centralità del paziente, che viene seguito per tutto il percorso di presa in carico (cfr. Budget di salute, Programma "Giuseppe Leggieri", etc.), costituisce un utile punto di riferimento per i Dipartimenti di continuità i cui ambiti di attività in termini disciplinari e le cui interazioni organizzative con gli altri Dipartimenti territoriali e ospedalieri sono per diversi aspetti ancora più ampi.

Confini e relazioni con i Distretti

Per quel che riguarda i confini e gli ambiti di competenza dei Dipartimenti di continuità, in via preliminare possono essere formulate due ipotesi:

- 1) un unico Dipartimento di continuità con tutte le strutture ospedaliere che offrono prevalentemente servizi necessari a soddisfare i fabbisogni dei cittadini residenti nel Distretto di riferimento nelle grandi aree disciplinari (medicina, chirurgia generale, materno-infantile) tipicamente presenti negli stabilimenti ospedalieri di minore complessità e con le strutture territoriali (cure primarie e intermedie) più coinvolte nel supporto dei percorsi che si sviluppano su più livelli assistenziali. Nei Distretti con popolazione particolarmente numerosa potrebbero esservi più Dipartimenti differenziati anche per sotto-ambito territoriale. Simmetricamente, un unico Dipartimento di continuità potrebbe essere istituito quale riferimento congiunto per due o più Distretti con popolazione molto limitata;
- 2) più Dipartimenti di continuità differenziati per le grandi aree disciplinari di cui sopra nei Distretti con alta popolazione e su cui insistono stabilimenti ospedalieri di medio-alta complessità strutturale. Nei Distretti di più piccola dimensione su cui insistono uno o più stabilimenti ospedalieri a bassa complessità, sarebbe istituito invece un unico Dipartimento

di continuità - che aggrega tutte le discipline - al servizio di uno ovvero di due Distretti a seconda della loro popolazione di riferimento.

Relazioni con il Dipartimento di Cure primarie

Vi sono molteplici connessioni tra obiettivi e attività assistenziali dei Dipartimenti di continuità, così come sopra definiti, e quelli ordinariamente attribuiti al Dipartimento delle Cure primarie, ponendo quindi la questione di quali debbano essere le relazioni tra i due evitando interferenze e duplicazioni. Pur nel riconoscimento della complessità del tema, vi sono alcune funzioni che potrebbero essere riconosciute ai Dipartimenti di Cure primarie non solo in base alla normativa vigente,⁶ ma anche in virtù della loro vocazione ad assumere funzioni territoriali pure, che rientrano nelle competenze attribuite alle Unità operative delle Cure primarie facenti capo a questi ultimi.⁷ Tra queste, in primissima approssimazione, possono essere elencate:⁸

- l'assistenza medica di base in regime di convenzione (negoiazione, applicazione e monitoraggio degli accordi convenzionali⁹ e governo delle attività dei Nuclei delle Cure primarie¹⁰);
- l'assistenza domiciliare (da parte dei medici e degli infermieri di medicina generale, che in presenza dei Dipartimenti di continuità diventerebbe una vera e propria "modalità di erogazione dell'assistenza", superando la tradizionale connotazione puramente prestazionale;
- la gestione dei rapporti con le strutture territoriali competenti per l'erogazione dei servizi socio-sanitari (in particolare nelle aree degli anziani fragili e della non autosufficienza) e dei servizi di assistenza sociale.

Alcune altre funzioni, che secondo le Linee guida della Regione Emilia-Romagna dovrebbero essere assicurate dal Dipartimento di Cure primarie, potrebbero in via sperimentale essere attribuite ai Dipartimenti di continuità anche nell'area materno-infantile e con particolare riferimento all'assistenza consultoriale e alla pediatria di comunità, nonché all'assistenza specialistica ambulatoriale non convenzionata. Tuttavia, al di là della dettagliata specificazione di questi ambiti, il tema delle funzioni e delle attività di livello territoriale che potrebbero esser utilmente collocate nei Dipartimenti di continuità concerne primariamente quelle che, secondo le indicazioni della programmazione regionale, riprese poi in ambito metropolitano, dovrebbero collocarsi negli

⁶ Per quanto riguarda nello specifico il Dipartimento delle Cure primarie, la DGR n. 221/2015 ha formalizzato i requisiti specifici per l'accreditamento di tale Dipartimento, introducendo anche un primo quadro di riferimento normativo per l'Ospedale di Comunità.

⁷ La Dgr n. 2011/2007 definisce le funzioni che devono essere comunque garantite dal Dipartimento di Cure primarie, indipendentemente dalle strutture organizzative che le Aziende possono scegliere in autonomia per il loro esercizio: *"assistenza di medicina generale e pediatria di libera scelta, assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa, assistenza specialistica territoriale, farmaceutica, consultoriale, servizi rivolti alle fasce deboli (anziani, disabili, adolescenti, famiglie multiproblematiche e immigrati)"*.

⁸ Alcune di queste attività caratteristiche del Dipartimento delle Cure Primarie potrebbero peraltro prestarsi, in una logica di maggiore integrazione interaziendale a reti di ambito metropolitano, condividendo le strategie - anche mediante la realizzazione di piattaforme uniche - per la negoziazione degli Accordi locali con i professionisti in convenzione. Questo anche in considerazione del fatto che alcune sigle sindacali, pur mantenendo le proprie rappresentanze a livello locale, prevedono già comunque un coordinamento centrale.

⁹ Si tratta dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

¹⁰ Secondo la definizione della Dgr n. 2011/2007, i nuclei di cure primarie sono unità organizzative del sistema delle cure primarie attive in ambiti territoriali con una popolazione di circa 15-30.000 abitanti.

Ospedali di comunità e nelle Case della salute quali strutture di riferimento centrale per l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali.¹¹

Relazioni con le Case della salute

Come si è visto, la Casa della salute è la struttura che a tendere costituirà il principale punto di riferimento per garantire *“l'accesso a servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico, la disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a bassa complessità tecnologica e l'accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello”*. La realizzazione di tali obiettivi all'interno del nuovo modello organizzativo richiede notevoli investimenti da parte delle Aziende dell'area metropolitana, anche sotto il profilo progettuale, perché esse comportano modifiche significative negli assetti strutturali e nel sistema di relazioni con i Comuni e con i soggetti privati da essi coinvolti nell'assistenza socio-sanitaria e sociale. Al riguardo, la Regione ha previsto una certa flessibilità nelle modalità di applicazione del modello per consentire alle Aziende non solo di adeguarlo alle diverse esigenze della programmazione sociale e sanitaria a livello distrettuale, ma anche di raccordarlo alle reti ospedaliere presenti sul territorio che sono a loro volta oggetto di riorganizzazione. In coerenza con queste indicazioni, i Dipartimenti territoriali sono già ora chiamati a integrare una parte rilevante delle proprie attività all'interno delle Case della salute, continuando peraltro a mantenere la responsabilità di assicurare ciascuno le proprie attività caratteristiche (es. attività in convenzione, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, vigilanza, profilassi vaccinale, progetti di comunità, etc.).¹² Questo esercizio richiede di condividere le scelte gestionali tra Dipartimento delle Cure primarie e gli altri Dipartimenti territoriali che svolgono attività all'interno delle Case della salute sia per le attività che ne caratterizzano gli specifici processi assistenziali sia per i percorsi trasversali tra Dipartimenti e altri soggetti competenti per l'erogazione di servizi socio-sanitari e sociali.

A fronte di questi processi di riorganizzazione in parte già in atto sul livello territoriale, occorre mostrare che l'istituzione di Dipartimenti di continuità, non solo non ne ostacoli la realizzazione, ma anzi contribuisca al più efficace conseguimento degli obiettivi di sistema con particolare riferimento al crescente numero di assistiti anziani e fragili per cui la scelta dell'ambito assistenziale più appropriato è fondamentale. Sotto questo profilo, mentre la concentrazione di risorse strutturali, umane e finanziarie in sedi unitarie e equamente distribuite sul territorio (Case della salute) dovrebbe favorire la capacità di risposta delle reti di offerta per quel che riguarda le cure primarie, essa non può garantire altrettanta efficacia nel perseguimento degli obiettivi di continuità nei percorsi tra livelli assistenziali diversi per i quali abbiamo visto che sono richiesti specifici strumenti di indirizzo e di coordinamento gestionale. In questo senso i Dipartimenti di continuità, per la loro natura di ambiti organizzativi entro il quale è possibile definire e applicare regole di coordinamento più stringenti tra tutte le principali strutture che supportano i percorsi assistenziali che interessano più livelli assistenziali, possono contribuire in modo complementare ai compiti assegnati alle Case della salute senza ostacolare le iniziative di integrazione già avviate dai Dipartimenti territoriali in tale sede. In altro modo i Dipartimenti di continuità, collocando nelle Case della salute una parte delle proprie attività esterne all'ospedale – e all'Ospedale di comunità se non integrato con esse -, ne rafforzerebbero significativamente il ruolo di piattaforme in grado di garantire unitariamente l'accesso non solo ai servizi di pertinenza dei diversi Dipartimenti (territoriali, transmurati, tecnico-amministrativi) da garantire in condizioni di elevata prossimità, ma anche a quelli che richiedono un

¹¹ I principali riferimenti sono la DGR 291/2010 e la DGR 2128/2016.

¹² La Casa della salute è un presidio che fa capo al Distretto e che è affidata in gestione al Dipartimento delle Cure primarie, a cui è affidato il budget operativo relativo (DGR n. 2128/2016).

controllo forte - in entrambe le direzioni - sulla filiera verticale che connette strutture ospedaliere di riferimento distrettuale, ospedali di comunità e strutture per la riabilitazione.

L'istituzione dei Dipartimenti di continuità non ostacolerebbe quindi il rafforzamento del ruolo delle Case della salute, così come definito dalla programmazione regionale e di area metropolitana, mantenendo la loro qualificazione di presidi del Distretto - che ne definisce gli indirizzi programmatori e ne verifica i risultati - affidati in gestione ad articolazioni produttive dell'Azienda. Attualmente il compito di gestione è affidato al Dipartimento delle Cure primarie, ma nella prospettiva di un inserimento di attività di pertinenza dei Dipartimenti di continuità potrebbe essere valutata l'opportunità di affidare la responsabilità gestionale della Casa della salute a un coordinatore operativo individuato direttamente dal Distretto tra il personale afferente a uno dei Dipartimenti coinvolti. Tale coordinatore, peraltro, non dovrebbe acquisire un controllo diretto sulle risorse professionali e tecnologiche apportate dai diversi Dipartimenti per lo svolgimento delle attività che si realizzano nella Casa della salute, ma avrebbe compiti appunto di coordinamento operativo rispetto a tali risorse ed eventualmente di gestione delle sole risorse infrastrutturali. In tal modo, peraltro, le attività che rientrerebbero nella competenza del Dipartimento delle cure primarie acquisirebbero una maggiore specificità professionale venendo a riguardare gli aspetti che concernono le cure primarie in senso stretto e riferendo le altre attività alle competenze sopra richiamate dei Dipartimenti trasversali per la continuità assistenziale.

Relazioni con gli Ospedali di comunità

Il decreto ministeriale n. 70/2015 definisce gli Ospedali di comunità quali strutture territoriali che possono essere collocate all'interno di una Casa della salute, o presso strutture ospedaliere o residenziali, con responsabilità gestionale e igienico-organizzativa in capo al Distretto. Per queste loro caratteristiche, sulla base delle considerazioni sopra richiamate, la responsabilità degli stessi potrebbe essere affidata ai Dipartimenti di continuità nell'ambito degli indirizzi e sotto la vigilanza del Distretto.

Relazioni con i Dipartimenti ospedalieri

La presenza negli stabilimenti ospedalieri di Unità operative facenti capo a uno o più Dipartimenti di continuità ha un impatto diverso a seconda del loro livello di complessità strutturale. Infatti, negli stabilimenti in cui si realizzano esclusivamente attività ospedaliere di interesse distrettuale, tutte le Unità operative potrebbero afferire ai Dipartimenti di continuità che, a seconda del modello scelto, potrebbe essere unico per il Distretto oppure differenziato per grandi aree disciplinare. Negli stabilimenti ospedalieri di maggiori dimensioni e complessità, si potrebbero avere Unità operative incluse nei Dipartimenti di continuità se prevalentemente impegnate nel soddisfare fabbisogni di prestazioni ospedaliere di riferimento distrettuale e Unità operative invece incluse in Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico (cfr. allegato 5) soprattutto se punti di riferimento per reti cliniche di interesse sovra-metropolitano e/o se prevalentemente impegnate nell'erogazione di prestazioni di alta specialità a favore di bacini di utenza comune di dimensione aziendale o sovra-aziendale.

La compresenza di Dipartimenti ospedalieri di interesse interaziendale e di Dipartimenti di interesse prevalentemente distrettuale all'interno dello stesso stabilimento ospedaliero di medio-grandi dimensioni, non dovrebbe porre di per sé problemi particolari sul piano gestionale se non per l'opportunità di prevedere misure volte a ridurre, nei limiti del possibile e con gradualità, la condivisione delle infrastrutture fisiche d'uso comune (blocchi di posti letto, sale operatorie, grandi attrezzature diagnostiche, etc.). Altrettanta attenzione dovrebbe essere dedicata all'attivazione o al consolidamento di specifici programmi - a valenza aziendale o inter-aziendale - di raccordo tra le

Unità operative dei Dipartimenti di continuità e quelle dei Dipartimenti interaziendali per garantire l'erogazione di attività specialistiche di base nelle prime da parte di personale delle seconde in mobilità (ad es. nella chirurgia vascolare o nell'urologia).