

**CASE DELLA SALUTE
E
PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA**

Lo stato dell'arte

Roma, 23.3.2020

Sommario

Sommario.....	1
Indice delle tabelle.....	2
Credits	4
Abbreviazioni.....	5
1. Premessa.....	6
2. Un breve excursus sulla Sanità del territorio e l'assistenza primaria nella storia del SSN	8
3. Le "Casa della Salute"	12
4. L'indagine C.R.E.A. Sanità.....	15
4.1. Alcune notazioni differenziali tra modelli regionali	16
4.2. Lo stato dell'arte nei diversi contesti regionali: i risultati dell'indagine	22
5. Osservazioni conclusive.....	58
6. Bibliografia	62

Indice delle tabelle

Tabella 4.1 - Livello di complessità (val. %)	23
Tabella 4.2 – Bacino di utenza (val. %)	24
Tabella 4.3 - Accessi (val. %).....	25
Tabella 4.4 - Orario di apertura (val. %).....	25
Tabella 4.5 - Ore giornaliere di apertura (val. %).....	26
Tabella 4.6 - Giorni settimanali di apertura (val. %)	26
Tabella 4.7 - Apertura di sabato (val. %)	27
Tabella 4.8 - Apertura di domenica (val. %)	27
Tabella 4.9 – Presenza studi dei MMG (val. %).....	28
Tabella 4.10 – Numero di MMG per struttura (val. %).....	28
Tabella 4.11 - Presenza di ambulatori infermieristici (val. %)	29
Tabella 4.12 - Ore settimanali di apertura degli ambulatori infermieristici (val. %)	29
Tabella 4.13 – Numero infermieri per struttura (val. %).....	30
Tabella 4.14 – Presenza di servizi specialistici (val. %)	30
Tabella 4.15 - Ore settimanali di accesso ai servizi specialistici (val. %)	32
Tabella 4.16 - Apertura il sabato servizi specialistici (val. %)	34
Tabella 4.17 – Presenza di servizi diagnostici (val. %)	34
Tabella 4.18 – Ore settimanali di apertura servizi diagnostici (val. %)	36
Tabella 4.19 - Apertura il sabato servizi diagnostici (val. %)	37
Tabella 4.20 – Presenza altri servizi residenziali (val. %)	38
Tabella 4.21 – Numero medio posti letto	39
Tabella 4.22 – Presenza di altri servizi ambulatoriali (val. %).....	39
Tabella 4.23 – Ore settimanali di apertura degli altri servizi ambulatoriali (val. %)	43
Tabella 4.24 – Tipologia orario per bacino di utenza (val. %)	47
Tabella 4.25 – Ore di apertura giornaliere per bacino di utenza (val. %)	47
Tabella 4.26 – Apertura il sabato per bacino di utenza (val. %).....	48
Tabella 4.27 - MMG presenti per bacino di utenza (val. %).....	48
Tabella 4.28 – Presenza ambulatorio inferm.co per bacino di utenza (val. %).....	49
Tabella 4.29 – Ore di apertura ambulatorio inferm.co per bacino di utenza (val. %) .	49
Tabella 4.30 – Presenza dei servizi specialistici per bacino di utenza (val. %).....	50

Tabella 4.31 – Apertura il sabato dei servizi specialistici per bacino di utenza (val. %)	51
Tabella 4.32 – Presenza dei servizi diagnostici per bacino di utenza (val. %)	52
Tabella 4.33 – Apertura il sabato dei servizi diagnostici per bacino di utenza (val. %) 54	
Tabella 4.34 – Presenza di altri servizi residenziali e ambulatoriali per bacino di utenza (val. %)	54

Credits

Raffaele Cassa	CODRES
Carla Collicelli	CNR-Itb, ASviS
Maria Esmeralda Ploner	C.R.E.A. Sanità
Paolo Santurri	CODRES
Federico Spandonaro	Univ.tà degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

Abbreviazioni

AD	Assistenza Domiciliare
AgeNaS	Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali
AO	Azienda Ospedaliera
AS.I.Qu.A.S.	Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale
CARD	Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
CdS	Casa della Salute
CGIL	Confederazione Generale Italiana del Lavoro
CReG	Chronic Related Group
D.L.	Decreto Legge
D.Lgs.	Decreto Legislativo
DPCM	Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri
ECG	Elettrocardiogramma
L.	Legge
L. Cost.	Legge Costituzionale
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medici di Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONLUS	Organizzazione non lucrativa di utilità sociale
PAL	Piano di Attività Locale
PAT	Programma di Attività Territoriale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PdZ	Piano di Zona
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PSN	Piano Sanitario Nazionale
PTA	Presidio Territoriale di Assistenza
PUA	Punto Unico di Accesso
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UCP	Unità di Cure Primarie
USL	Unità Sanitaria Locale
VMD	Valutazione Multi-Dimensionale

1. Premessa

La transizione demografica ed epidemiologica in corso da molti anni in Italia, come negli altri contesti di sviluppo economico avanzato, sollecita da tempo una revisione degli assetti di offerta in termini di servizi sanitari. La crescita della cronicità nelle sue varie forme, in particolare quella legata all'invecchiamento della popolazione ma non solo, ha determinato e determina esigenze di tipo assistenziale e preventivo diverse da quelle tipiche di periodi precedenti. I cambiamenti si radicano peraltro in un contesto nel quale si verifica contemporaneamente un veloce mutamento della struttura dei nuclei familiari, delle convivenze e degli assetti urbani, tanto da richiedere una revisione complessiva delle modalità attraverso le quali il sistema sanitario pubblico affronta la cura e la prevenzione della malattia, ed in particolare la cura dei soggetti fragili e di quelli in età evolutiva, anche dal punto di vista del venir meno o dell'indebolimento delle reti spontanee di aiuto informale.

È a seguito di queste trasformazioni che il tema dell'assistenza primaria si è imposto progressivamente come tema essenziale per la ridefinizione del rapporto tra ospedale e "territorio", e nell'ottica di una attenzione necessariamente crescente per le cronicità e le fragilità. E occuparsi dell'implementazione dell'assistenza primaria significa tanto valorizzare la prevenzione, la continuità assistenziale e l'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, quanto (anche e soprattutto) rivedere i rapporti e le connessioni tra le diverse aree, e cioè tra la medicina generale, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, la medicina riabilitativa residenziale e semiresidenziale.

Uno dei primi sostenitori di questo cambiamento di paradigma in Italia è stato Giulio Maccacaro, epidemiologo e fondatore di Medicina Democratica, fortemente impegnato nel dibattito che ha preceduto l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Maccacaro aveva intuito infatti prima di altri che la prevenzione e la prossimità delle cure erano destinate ad occupare un ruolo cruciale nella gestione della salute pubblica. E

nel mentre ne delineava l'importanza e la funzione, ne immaginava anche una organizzazione e i luoghi di offerta: ne "L'Unità sanitaria come sistema", un suo articolo del 1972, per taluni versi precursore della Riforma sanitaria del 1978, Maccacaro delineava una sua proposta per l'organizzazione dell'assistenza primaria, denominata "Casa della Salute"; essa era centrata su di un modello di Unità sanitarie locali nelle quali la centralità dell'ospedale veniva sostituita, o quanto meno dignitosamente affiancata, dalla centralità della medicina territoriale, in ossequio all'evidenza per cui solo sul "territorio", ed in stretta connessione con gli altri soggetti del "territorio", è possibile dare piena attuazione all'idea dell'assistenza primaria. Il termine "Casa della Salute" (CdS) richiamava, in particolare, la familiarità e la partecipazione dei soggetti della comunità di vita, nelle loro varie articolazioni, nella gestione dei problemi della salute: quindi un "luogo di offerta", ma anche un luogo di partecipazione democratica.

2. Un breve excursus sulla Sanità del territorio e l'assistenza primaria nella storia del SSN

In conseguenza del dibattito cui si è fatto cenno nel paragrafo precedente, tutta la storia recente della sanità italiana, sin dalla nascita del SSN in poi, risulta attraversata da frequenti e continui richiami al necessario rafforzamento della medicina territoriale, rispetto a quella ospedaliera. A cominciare dalla istituzione del Distretto, previsto già nella L. n. 833/1978, istitutiva del SSN, anche se in via facoltativa sulla base di una decisione comunale. E ciò avveniva con diretto riferimento ai documenti programmatici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nei quali la salute veniva definita come stato di benessere fisico, sociale e mentale, e non solo come assenza di malattia, e come diritto universale per tutti, e dunque da sviluppare sul territorio in tutti gli ambiti ed a tutti i livelli. Secondo quanto dichiarato dall'OMS nei documenti della Conferenza di Alma Ata del 1978, «l'assistenza sanitaria di base è quell'assistenza sanitaria essenziale, fondata sui metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria».

I 40 anni successivi ad Alma Ata ed alla istituzione del SSN sono costellati di iniziative e tentativi per rendere effettivo il principio della centralità dell'assistenza primaria (o di base) e della integrazione tra sociale e sanitario.

Uno dei primi aspetti ad essere preso in considerazione è difatti proprio quello relativo al rapporto tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale, affrontato già nel 1985 con il DPCM "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali ai sensi dell'art. 5 della L. n. 833/1978", con la separazione delle responsabilità di spesa tra Unità Sanitarie Locali (USL) e Comuni rispetto ai due comparti. Un tema assai spinoso che, nel tempo, ha dato vita ad un lungo e complesso contenzioso di tipo economico-finanziario tra comparto sanitario e comparto sociale nella gestione territoriale dei servizi, ma anche a modalità diverse di concepire l'integrazione.

Ma sono soprattutto i Decreti degli anni '90 (D. Lgs. n. 502/1992 e D. Lgs. n. 517/1993) quelli che forniscono prime indicazioni sulla realtà del Distretto, in connessione con i principi di regionalizzazione ed aziendalizzazione, che costituiscono l'anima principale dei provvedimenti. In questa ottica il distretto si configura come articolazione organizzativa dell'azienda USL, insieme ai presidi ospedalieri e al nascente Dipartimento di Prevenzione, ed è compito della Regione « disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle Aziende USL, definendo, tra l'altro, l'articolazione delle USL in distretti ».

Anche il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1994-1996 introduce "la realizzazione del distretto" tra gli interventi prioritari e sottolinea in particolare la funzione di « luogo naturale per realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali ». Il Piano fornisce anche alcune indicazioni sulle attività collocabili a livello distrettuale: il supporto all'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG), l'assistenza domiciliare integrata, il coordinamento dell'assistenza semiresidenziale e residenziale.

Un ulteriore riferimento importante al distretto viene offerto successivamente dal PSN 1998-2000, che ne conferma il tradizionale ambito di riferimento come luogo della cura e riabilitazione sul territorio ed a domicilio, assegnandogli anche un più ampio ruolo di promozione attiva della salute, come centro di

governo ed organizzazione dei servizi di prevenzione ed integrazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché come punto di riferimento unico per il cittadino per l'accesso agli altri servizi.

Alla fine degli anni '90 vengono varate due leggi quadro significative: il D. Lgs. n. 229/1999, la cosiddetta riforma Ter (riforma Bindi) della sanità, e la L. n. 328/2000 di riforma dell'assistenza: norme con molti punti in comune, in particolare per quanto riguarda l'universalità dei diritti alla cittadinanza, il governo allargato dei servizi a livello di comunità e l'integrazione socio-sanitaria. Con il D. Lgs. n. 229/1999 si ribadisce, infatti, che il Distretto deve assicurare i servizi di assistenza primaria e il coordinamento con i dipartimenti e gli ospedali, inserendolo a pieno titolo nel programma delle attività territoriali (PAT). La L. n. 328/2000, di poco successiva, individua quali strumenti per la realizzazione piena di un welfare locale, e per l'integrazione sociosanitaria, gli ambiti della programmazione e della gestione, le forme di governo e la strumentazione degli Accordi di Programma da stipulare tra Aziende sanitarie e Comuni.

Successivamente, anche il PSN 2003-2005 dedica particolare attenzione alla rete territoriale, richiedendo agli enti che ne fanno parte un forte impegno nella prevenzione, ma anche nella realizzazione di un sistema di assistenza capace di integrare i diversi nodi della rete, avviando il percorso di riorganizzazione.

Nello stesso periodo, l'Accordo Stato-Regioni del 29.7.2004 fornisce indicazioni orientative per le Regioni come "schema di riferimento per la costituzione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria - UTAP", ribadendo la necessità di una reinterpretazione del rapporto ospedale-territorio, che riservi l'assistenza ospedaliera alle patologie acute e individui nelle strutture territoriali, anche grazie ad un maggiore coinvolgimento dei MMG, il riferimento per le necessità assistenziali e socio-assistenziali dei cittadini.

La progressiva crescente autonomia delle Regioni in campo sanitario, anche a seguito della Riforma del Titolo V della Costituzione con la L. Cost. n. 3/2001, ha favorito sviluppi, nelle diverse Regioni, degli obiettivi di potenziamento della sanità

territoriale mano a mano introdotti, e ribaditi dalle norme citate, in parte simili, in parte differenti.

Il punto di arrivo può essere individuato nel cosiddetto “Decreto Balduzzi” D.L. n. 158/ 2012, con il quale si precisa la strada per la riorganizzazione delle “cure primarie”, nella consapevolezza che il processo di de-ospedalizzazione già in atto, dovesse essere accompagnato da un corrispondente e contestuale rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio. Senza pretesa di esaustività, i punti maggiormente qualificanti del Decreto sono l'integrazione mono-professionale e multi-professionale, per favorire il coordinamento operativo tra i MMG, i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli specialisti ambulatoriali, secondo i modelli individuati dalle Regioni; la continuità assistenziale (anche temporale); lo sviluppo dell'*Information and Communication Technologies* (ICT) quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

3. Le “Casa della Salute”

Una significativa spinta in avanti nella direzione dello sviluppo dell'assistenza primaria in forma condivisa ed armonica, si è avuta con il progetto lanciato nel 2006 dalla Ministra Livia Turco, denominato proprio “Casa della Salute”, e presentato come proposta da condividere in termini di sperimentazione “in un contesto di ascolto e valorizzazione delle tante esperienze territoriali” (D. Ministero della Salute 10.7.2007, attuativo della L. n. 296/2006).

In realtà la denominazione “Casa della Salute”, oltre a discendere, come abbiamo visto, dalle riflessioni di Giulio Maccacaro e di Medicina Democratica negli anni '70, era stata recuperata in ambito sindacale, e nello specifico dal Sindacato dei Pensionati Italiani (SPI CGIL), che nel marzo 2004, assieme alla CGIL-Medici, presentava una propria proposta nell'ambito di un convegno nazionale dal Titolo “Le cure primarie, la Casa della Salute”, e stabiliva con l'Università la Sapienza di Roma (Facoltà di Architettura, Dipartimento Itaca) una convenzione per realizzare uno studio di fattibilità sul tema, i cui risultati vennero presentati nel 2006 in una Conferenza stampa cui partecipava anche la Ministra Turco.

Il 22.3.2007 si svolgeva poi a Roma un incontro nazionale, organizzato dal Ministero della Salute, volto a presentare un progetto unitario di “Casa della Salute”, per la cui sperimentazione la L. n. 296/2006 stanziava € 10 milioni. In quella sede, la Ministra Turco definiva la “Casa della Salute” come «un luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale, [...] una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000) ».

Ed ancora: « L'istituzione della Casa della Salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei

livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dal D. Lgs. n. 229/1999 e dalla L. n. 328/2000, ma finora scarsamente applicati [...]. È una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati ».

A seguito del “progetto Turco”, sono state avviate varie iniziative sperimentali di collaborazione tra Regioni, Comuni e Aziende Sanitarie.

Lo stato dell'arte di queste sperimentazioni in otto contesti regionali (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Sicilia e Sardegna, a partire da quella di Castiglion Fiorentino, una delle più avanzate, è stato descritto nel 2009 in una indagine condotta dal Censis e dal Dipartimento Dies della Università degli Studi di Roma “La Sapienza” (Dies–Censis, 2009); emergeva dalla ricerca un quadro delle “cure primarie” nel quale, a fronte di territori diversi, da cui provenivano stimoli e sollecitazioni diversissimi, sussisteva una altrettanto profonda disomogeneità nelle forme di intervento sanitario territoriale: sia per filosofia di riferimento, che per livello di investimento politico e finanziario. Lo studio descriveva un panorama che vedeva coesistere strutture e servizi a complessità molto variabile, passando da realtà nelle quali la prossimità tra servizi diversi consentiva il *merge* sistematico di più soggetti, a contesti in cui prevalevano aggregazioni sporadiche o parziali. Per alcuni altri risultati di quello studio si rimanda (Allegato 1) alla tavola riassuntiva dei risultati comparativi.

Da ricordare sono inoltre le indagini di AgeNaS sui Distretti socio-sanitari, condotte nel 2005-2006, e poi ancora nel 2010 (AgeNaS, 2010), in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e la Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto (CARD): esse rilevavano un *trend* in crescita per quanto riguarda la definizione del Punto Unico di Accesso (PUA), la continuità ospedale-territorio, l'Assistenza Domiciliare (AD) e la Valutazione Multidimensionale (VMD). Ma sottolineavano anche importanti lacune nell'ambito del coinvolgimento della

Medicina Generale, e nella presa in carico della cronicità. In generale le rilevazioni AgeNaS si soffermavano soprattutto sugli aspetti di modellistica gestionale e concettuale.

Più di recente, l'ampio volume a cura di Banchieri ed altri (Banchieri, 2019), dedicato all'insieme delle "cure primarie", tra cui le "Case della Salute", documenta e descrive, sulla base di una rilevazione qualitativa effettuata nel corso di alcuni seminari gestiti dalla Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (A.S.I.Qu.A.S.), alcune tappe dello sviluppo in ambito distrettuale delle cure primarie, della continuità assistenziale e della prevenzione, soffermandosi in modo particolare sui modelli di integrazione e sulla comunicazione. Per quanto riguarda le Case della Salute, la rilevazione si sofferma sugli strumenti dell'integrazione, dai Programmi delle Attività Territoriali (PAT), ai Piani di Zona (PdZ), ai Piani di Attività Locali (PAL); sui rapporti tra ospedale e territorio nelle diverse strutture (Case della Salute, Presidi Territoriali di Assistenza, Presidi di Prossimità, Ospedali di Comunità); sulle tappe dei processi di riconversione; sulle diverse funzioni svolte dalle strutture delle cure primarie; sui rapporti con il Distretto; sulla partecipazione dei cittadini; sui costi; sul rapporto con i MMG e con l'associazionismo.

4. L'indagine C.R.E.A. Sanità

Sebbene spesso indiretti, i riferimenti normativi alle “Case della Salute” sono copiosi; di contro, anche per effetto del decentramento federalista, le informazioni sulla traduzione operativa del concetto e sul suo stato di implementazione sono scarse.

L'indagine C.R.E.A. Sanità, di cui si riportano in questo rapporto i principali risultati, è un primo tentativo di colmare la citata lacuna conoscitiva, con una specifica focalizzazione sugli aspetti quantitativi dell'offerta di servizi nell'ambito delle strutture riconducibili al paradigma della “Casa della Salute”.

Malgrado la difficoltà incontrata nel reperimento dei dati, dettata anche dal fatto che, come abbiamo visto, denominazioni, caratteristiche e funzioni sono materia regionale e quindi molto variabile, l'indagine ha permesso di analizzare 121 strutture localizzate in 10 diverse Regioni; per ragioni di significatività dei dati, queste ultime sono state poi accorpate in 8 raggruppamenti unendo i dati di Abruzzo e Molise, e Basilicata e Calabria.

Il questionario predisposto e utilizzato per la conduzione delle attività di rilevazione è di tipo strutturato, con la presenza di domande chiuse che prevedono modalità di risposta all'interno di batterie di item predefiniti, oppure l'indicazione di valori numerici.

In carenza di una anagrafica delle strutture riconducibili a “Case della Salute”, la rilevazione è risultata particolarmente ardua, tanto da dover essere realizzata tramite il ricorso a più strumenti (telefono, *fax*, *e-mail*, questionari somministrati in modalità *Computer Assisted Web Interview - CAWI*).

I soggetti contattati coincidono con i responsabili delle unità prese in considerazione, o persone da loro delegate.

Gli obiettivi della ricerca sono finalizzati all'acquisizione di informazioni utili a effettuare una comparazione sulla reale offerta a livello regionale.

Le variabili oggetto di rilevazione sono relative a:

- le professionalità e le funzioni tecnico-sanitarie presenti nelle “Case della Salute”

- la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni offerte
- le caratteristiche dell'utenza
- i costi e i tempi di attesa
- le principali aree di criticità
- le prospettive e i suggerimenti rivolti al miglioramento e consolidamento dei servizi offerti.

4.1. Alcune notazioni differenziali tra modelli regionali

Prima di avviare la rilevazione, C.R.E.A. Sanità ha condotto una analisi secondaria, su letteratura e materiale grigio, in merito a tre aspetti preliminari relativi alla realtà in osservazione, ovvero ciò che può comunemente essere ricondotto al concetto di “Casa della Salute”. Nello specifico: denominazione, obiettivi e funzioni.

Per quanto riguarda la denominazione, si è potuto così constatare che, secondo la documentazione reperibile, in 4 casi tra quelli reperiti la denominazione è effettivamente quella di “Case della Salute” (Emilia Romagna, Toscana, Marche e Lazio); mentre in due casi regionali (Puglia e Sicilia) viene utilizzata la denominazione di “Presidi Territoriali di Assistenza” (PTA).

Dalle informazioni qualitative reperite, è sembrato che, al di là della denominazione ufficiale, le strutture fossero sovrapponibili per funzioni e finalità, sebbene con i caveat di seguito espressi: di conseguenza la rilevazione ha riguardato entrambe le tipologie di strutture.

Per quanto riguarda gli obiettivi, i documenti reperiti, nella maggior parte dei casi, fanno diretto riferimento alle norme e disposizioni di inquadramento generale più recenti che è stato possibile reperire.

Analizzando i documenti regionali che è stato possibile reperire, osserviamo come l'Emilia Romagna (si rimanda al box in Allegato 2 che contiene le informazioni raccolte da C.R.E.A. Sanità) faccia riferimento esplicito ai principi di equità di accesso e presa in carico, secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e di qualità dell'assistenza, declinata nelle sue varie dimensioni

(appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, ...).

In Emilia Romagna si indicano inoltre i seguenti obiettivi per le “Case della Salute” (DGR 291/2010 e DGR 2128/2016):

1. accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento
2. valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile
3. prevenzione e promozione della salute
4. risposta alla domanda di salute della popolazione e garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H12 e H24 di norma a livello distrettuale)
5. presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa
6. attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali
7. partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver, dei Comitati Consultivi Misti
8. promozione dell'integrazione con la Rete Ospedaliera e gli Ospedali di Comunità per garantire la continuità dell'assistenza.

La Toscana (anche qui i dati discendono dalla analisi preliminare di C.R.E.A. Sanità, riportata nell'allegato 2, cui si rimanda) descrive gli obiettivi delle “Case della Salute” come segue (DGRT 117/2015):

1. facilitare e semplificare l'accesso della popolazione ai servizi territoriali, assicurando l'accoglienza e l'orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali e garantendo l'equità di accesso nelle varie aree geografiche

2. fornire una struttura in cui erogare alla popolazione le prestazioni previste dai LEA per l'assistenza primaria in modo integrato e coordinato
3. fornire una struttura che risponda ai bisogni di base che non necessitano di ricorso all'ospedale
4. fornire una struttura in cui sviluppare il sistema di presa in carico proattiva e precoce dei malati cronici, tramite la sanità d'iniziativa, finalizzata al rallentamento dell'evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze
5. costituire la sede territoriale dove svolgere attività di diagnostica di 1° livello; assicurare la continuità assistenziale attraverso l'implementazione di percorsi integrati fra ospedale e territorio, soprattutto per i malati cronici
6. garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale
7. essere un luogo ove attuare interventi di prevenzione e promozione alla salute; valorizzare le potenzialità degli assistiti per la gestione del proprio processo di cura con progetti specifici sul paziente esperto
8. garantire la presenza di medici specialisti, convenzionati o dipendenti, finalizzata ad assicurare la risposta ai bisogni all'interno dei percorsi individuali finalizzati sia alla gestione della cronicità, sia all'erogazione di consulenze specialistiche/diagnostiche per le urgenze di comunità.

Le Marche (DGR 452/2014) esplicitano i propri obiettivi come segue:

1. assicurare un punto unico di accesso ai cittadini
2. garantire la continuità assistenziale e la prossimità delle cure
3. organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino
4. rafforzare l'integrazione/connessione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette

5. sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione
6. gestire in una ottica di medicina di iniziativa le patologie croniche attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria con i servizi specialistici presenti e con la possibilità di ricovero residenziale, secondo il *Chronic Care Model*
7. offrire una assistenza specialistica territoriale extra-ospedaliera di livello qualitativo, atta a ridurre la richiesta di prestazioni ospedaliere anche mediante forme di coordinamento e di integrazione con gli specialisti territoriali e ospedalieri delle diverse discipline
8. favorire l'integrazione funzionale della attività dei medici della Assistenza Primaria con quelli della Continuità Assistenziale anche al fine di assicurare i Tirocini Professionalizzanti dei Medici in Formazione
9. promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini
10. offrire formazione permanente agli operatori
11. mettere in atto sistemi di valutazione delle performance e dei risultati
12. realizzare un sistema informatico in grado di aggregare, standardizzare e rendere accessibile le informazioni con un livello di condivisione "sicura" dei dati, favorendo anche progetti di telemedicina e teleconsulto.

Il Lazio (DCA 00228/2017) indica come priorità:

1. accesso a percorsi assistenziali condivisi, anche attraverso la rete integrata Ospedale Territorio (PDTA)
2. gestione della continuità dell'assistenza tramite le Unità di Cure Primarie (UCP), poste all'interno della Casa della Salute o presenti nel territorio e ad essa funzionalmente collegate, l'ambulatorio di cure primarie "sabato, domenica e festivi" laddove presente e la continuità assistenziale (ex Guardia Medica)

3. accoglienza dei pazienti e orientamento ai servizi sanitari e sociosanitari attraverso il PUA, compresa l'attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale
4. introduzione di modelli assistenziali di gestione delle patologie croniche che evitino il ricorso improprio al ricovero (ad esempio *Chronic Care Model*).

Per la Puglia (Regolamento regionale 7/2019) il PTA è una struttura del Distretto Socio-Sanitario, che fornisce una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione, aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale, secondo livelli di complessità variabili a seconda dei fattori di comorbidità. Gli obiettivi primari del PTA sono:

1. organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie croniche
2. organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

Per la Sicilia (L.R. 5/2009) il PTA è un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente, facilitando l'accesso ai servizi e l'iter assistenziale complessivo. Questa nuova modalità organizzativa è orientata prioritariamente all'integrazione delle diverse componenti assistenziali (MMG e PLS "dentro" il sistema) e alla stretta collaborazione con le Amministrazioni Locali.

Gli obiettivi primari del PTA in Sicilia sono:

1. organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie a lungo termine, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale

2. organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

Per quanto riguarda le funzioni ed i requisiti delle CdS e dei Presidi Territoriali di Assistenza, come evinti dalla documentazione analizzata in fase preliminare, si rimanda alla Tavola specificamente dedicata a questo aspetto in Allegato (Allegato 2).

Ci limitiamo qui ad osservare che, in generale, tutte le Regioni indicano una pluralità di funzioni e requisiti, che discendono direttamente dagli obiettivi di cui sopra. Alcune Regioni (come l'Emilia Romagna) introducono delle distinzioni tra CdS a bassa, media o alta complessità, a seconda delle specializzazioni e dei servizi previsti. In altre (ad es. Marche) si parla di CdS di tipo A e di tipo B. Dal livello di complessità discendono complessità e quantità di servizi, nonché gli obblighi in termini di orario di apertura al pubblico.

A conclusione di questa breve, e certamente non esaustiva, disamina regionale, deve essere anche sottolineato il “diverso” approccio della Lombardia che, per la presa in carico del paziente cronico, prevede l’“introduzione di uno strumento “funzionale” di raccordo tra i soggetti coinvolti, trasversalmente ai livelli assistenziali”.

A tal fine in Regione sono stati sviluppati i cosiddetti *Chronic Related Group* (CReG), finalizzati alla classificazione dei bisogni assistenziali dei pazienti cronici.

La Lombardia prevede un soggetto (e non quindi una “struttura”) garante della “presa in carico”, definito anche “gestore del CReG”, che può essere una cooperativa di MMG, una ONLUS, una Fondazione, un'AO o un privato accreditato. I MMG godono di un “diritto di prelazione” come gestori unici.

Volendo sintetizzare quanto emerso dalle ricerche svolte, possiamo elencare gli elementi che sono ricorrenti in tutte le normative regionali reperite. In particolare, citiamo:

1. Assunzione del paradigma della medicina di iniziativa
2. Focus su prevenzione e promozione della salute
3. Focus sull'integrazione professionale
4. Focus sull'individualizzazione delle cure
5. Importanza della continuità assistenziale e dell'integrazione ospedale-territorio
6. Presa in carico della cronicità
7. Partecipazione ed *empowerment*.

Di contro non sempre è richiamato in modo esplicito il concetto dell'individuazione di un luogo fisico, unico, di offerta e la necessità di apertura oraria che garantisca la risposta assistenziale.

In generale, rileviamo come ad un estremo si situano le Regioni che privilegiano l'integrazione "fisica" dei servizi (fra quelle da noi rilevate Emilia Romagna, Toscana, Marche e Lazio); all'altro quelle che privilegiano l'integrazione funzionale come la Lombardia; nel mezzo troviamo l'esperienza denominata Presidi Territoriali di Assistenza (Puglia e Sicilia), che uniscono elementi di offerta e di integrazione funzionale.

4.2. Lo stato dell'arte nei diversi contesti regionali: i risultati dell'indagine

A fronte delle informazioni regionali disponibili sulla realtà delle CdS, prevalentemente di tipo normativo, di cui si è dato conto nei paragrafi che precedono, l'indagine C.R.E.A. Sanità ha inteso colmare le lacune conoscitive in merito alla concreta realtà operativa delle CdS, con il fine ultimo di valutarne il collegamento con le altre parti del sistema di offerta e la funzionalità rispetto agli obiettivi prefissati.

Il campione

La ricerca ha permesso di raccogliere informazioni dai responsabili di 121 strutture assimilabili a CdS, appartenenti a 10 diverse Regioni collocate in tutte le ripartizioni geografiche.

Non è possibile valutare la rappresentatività del “campione” in quanto non esiste una mappatura consolidata dell’universo oggetto di rilevazione: si è proceduto cercando di identificare quante più possibili strutture con caratteristiche che le rendessero assimilabili a “Case della Salute”. Identificazione avvenuta mettendo insieme tutte le informazioni disponibili: quelle ufficiali regionali, ove esistenti, ricerche sul WEB, letteratura “grigia”.

L’unico dato che è possibile fornire è che circa il 60% delle strutture in vario modo identificate, hanno partecipato alla rilevazione.

L’offerta

Come abbiamo dato conto nel paragrafo precedente, in particolare con riferimento alle previsioni normative delle Regioni Emilia Romagna e Marche, le CdS non si presentano come un unicum, essendo in realtà previsti diversi livelli di complessità; dalle informazioni rese dagli intervistati la situazione reale (nelle Regioni che sono state raggiunte dall’indagine) si presenta come riportato in Tabella 4.1 - Livello di complessità (val. %) Tabella 4.1, ovvero con una presenza sostanzialmente equi-ripartita fra strutture di bassa e medio/alta complessità. Le strutture di medio/alta complessità risultano più numerose nelle due Regioni meridionali nelle quali si è svolta l’indagine ed in Emilia Romagna.

Tabella 4.1 - Livello di complessità (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Basso	60,0	38,7	50,0	50,0	64,3	71,4	30,0	25,0	46,3
Medio /alto	40,0	61,3	50,0	50,0	35,7	28,6	70,0	75,0	53,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Per quanto riguarda il bacino di utenza a cui si riferiscono le CdS, fatta eccezione per l'area Abruzzo/Molise, nella quale il bacino di utenza è mediamente inferiore alle 10.000 unità, e del Lazio, che presenta al contrario una quota del 64% di strutture con bacino di utenza che supera le 50.000 unità (evidentemente collocate nella città di Roma), in tutti gli altri contesti le strutture si distribuiscono in maniera abbastanza equilibrata su bacini di utenza compresi tra le 10.000 e le 50.000 unità (Tabella 4.2).

Tabella 4.2 – Bacino di utenza (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Fino a 9.999		19,4	17,9	50,0		100,0	5,0		21,0
10.000-19.999	33,4	38,6	32,1	16,7	14,3		40,0	50,0	30,2
20.000-49.999	33,3	32,3	25,0	25,0	21,4		30,0	25,0	26,1
50.000 e oltre	33,3	9,7	25,0	8,3	64,3		25,0	25,0	22,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	3	31	28	12	14	7	20	4	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Gli accessi degli utenti (2018) alle strutture analizzate ricalcano effettivamente la distribuzione per bacino di utenza, con un valore più basso (sotto le 5.000 unità) in Abruzzo/Molise, e più alto (oltre le 50.000) nel 42% delle strutture del Lazio.

Anche il Veneto, nell'80% dei casi, vede una media di accessi annui sotto le 5.000 unità. Nelle altre Regioni gli accessi annui tendono a equi-ripartirsi nelle fasce intermedie, ovvero quelle tra le 5.000 e 50.000 unità (Tabella 4.3).

Tabella 4.3 - Accessi (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Fino a 4.999	80,0	18,5		33,3		100,0	11,1		19,8
5.000-9.999	20,0	37,1	12,5	16,7	25,0		27,8		22,8
1.000-19.999		33,3	16,7	50,0			11,1	50,0	18,8
20.000-49.999		7,4	41,6		33,3		11,1	50,0	18,8
50.000 e oltre		3,7	29,2		41,7		38,9		19,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	27	24	6	12	7	18	2	101

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 4.4 - Orario di apertura (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
H24		3,2	3,6	66,7	14,3				9,9
Orario cont.	60,0	77,5	67,8	33,3	71,5	100,0	50,0	75,0	66,1
Orario spezz.	40,0	3,2	28,6		7,1		45,0	25,0	18,2
Orario misto		16,1			7,1		5,0		5,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Un elemento chiave, data la finalità e il ruolo che le CdS debbono svolgere sul territorio, è rappresentato dagli orari di apertura al pubblico. L'indagine ha permesso di apprezzare come risulti una prevalenza di strutture che hanno adottato la formula dell'orario continuato (Tabella 4.4), con un numero di ore di

apertura giornaliera più frequentemente comprese tra le 6 e le 14 ore (Tabella 4.5).

Tabella 4.5 - Ore giornaliere di apertura (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
< 6		19,4	3,6	8,3		14,3	10,0		9,1
6-11	40,0	32,3	46,4		50,0	42,8	80,0	50,0	43,8
12-14	60,0	45,1	46,4	25,0	35,7	42,9	10,0	50,0	37,2
24		3,2	3,6	66,7	14,3				9,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Solo nelle Marche prevale la formula dell'H24, che invece rimane residuale nelle altre Regioni considerate. Si segnala anche che in Puglia le strutture (denominate PTA) sono per lo più aperte con la formula dell'orario spezzato.

Tabella 4.6 - Giorni settimanali di apertura (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
3		3,3							0,9
5	40,0	40,0	46,1		30,8	57,1	35,0	25,0	35,9
6	20,0	36,7	46,2	8,3	53,8	42,9	65,0		41,0
7	40,0	20,0	7,7	91,7	15,4			75,0	22,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	30	26	12	13	7	20	4	117

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

La maggior parte delle strutture (il 41%) è aperta 6 giorni a settimana. Circa il 36% è aperta 5 giorni a settimana: solo il 22% delle strutture rimane aperta 7/7 giorni. Questa formula è percentualmente più adottata in Veneto e nell'area Basilicata/Calabria. (Tabella 4.6).

Il 62,8% delle strutture è aperto di sabato: l'apertura pre-festiva è più presente nelle Marche (al 100%), nel Lazio (71,4%) e in Basilicata/Calabria (75%) (Tabella 4.7).

Tabella 4.7 - Apertura di sabato (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Si	60,0	54,8	53,6	100,0	71,4	42,9	65,0	75,0	62,8
No	40,0	45,2	46,4		28,6	57,1	35,0	25,0	37,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Sono aperte anche la domenica il 40% delle CdS in Veneto, l'83,3% nelle Marche, il 75% in Basilicata/Calabria; sono invece una minoranza in Emilia Romagna, Toscana e Lazio (Tabella 4.8).

Tabella 4.8 - Apertura di domenica (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Si	40,0	19,4	10,7	83,3	21,4			75,0	22,3
No	60,0	80,6	89,3	16,7	78,6	100,0	100,0	25,0	77,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Nella maggioranza dei casi (86%), all'interno della struttura sono presenti gli studi dei MMG; rimangono sotto o al livello del 50% le strutture del Veneto (40%) e della Basilicata/Calabria (Tabella 4.9).

Tabella 4.9 – Presenza studi dei MMG (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Si	40,0	80,6	100,0	100,0	92,9	71,4	85,0	50,0	86,0
No	60,0	19,4			7,1	28,6	15,0	50,0	14,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tipicamente risultano esserci tra 5 e 10 MMG per struttura: solo nelle Marche è più frequente siano meno di 5: nel Lazio sono quasi lo stesso numero quelle con 10 MMG e oltre (Tabella 4.10).

Tabella 4.10 – Numero di MMG per struttura (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
< 5	50,0	23,1	10,7	50,0		20,0	17,6		19,0
5-9	50,0	65,4	71,4	33,3	53,8	40,0	70,6	100,0	62,0
> 9		11,5	17,9	16,7	46,2	40,0	11,8		19,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	2	26	28	12	13	5	17	2	105

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Per quanto riguarda gli ambulatori infermieristici (Tabella 4.11), questi sono presenti nel 95% dei casi, con una incidenza leggermente inferiore in Veneto (80%) ed Abruzzo/Molise (86%).

Tabella 4.11 - Presenza di ambulatori infermieristici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Si	80,0	93,5	100,0	91,7	92,9	85,7	100,0	100,0	95,0
No	20,0	6,5		8,3	7,1	14,3			5,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 4.12 - Ore settimanali di apertura degli ambulatori infermieristici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Fino a 12		29,7	17,9	45,4	7,7	50,0	11,8		22,0
13-24		11,1	39,3		61,5	16,7	52,9		29,4
25-48	50,0	29,6	32,1	36,4	30,8		35,3	66,7	32,1
49 e oltre	50,0	29,6	10,7	18,2		33,3		33,3	16,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	4	27	28	11	13	6	17	3	109

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

L'apertura degli ambulatori infermieristici è molto variabile regionalmente; nel complesso sono aperti per oltre 50 ore settimanali nel 16,5% dei casi; per 25-48 ore settimanali nel 32,1% dei casi; per 13-24 ore settimanali nel 29,4% dei casi; e fino a 12 ore settimanali nel 22,0% (Tabella 4.12).

Il 40% delle strutture ha un organico di infermieri superiore alle 15 unità, ma un terzo si ferma a 3-4 (Tabella 4.13).

Tabella 4.13 – Numero infermieri per struttura (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
1-2			17,9	50,0	15,4				10,9
3-4			64,2	20,0	46,1		52,6	25,0	33,6
5-14	25,0	7,7	17,9	30,0	38,5			25,0	15,5
15 e oltre	75,0	92,3				100,0	47,4	50,0	40,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	4	26	28	10	13	6	19	4	110

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Per quanto riguarda i servizi specialistici, dalla rilevazione risulta che la figura del cardiologo è presente nel 77% dei casi; il dermatologo è presente nel 66,1% dei casi; il diabetologo/endocrinologo nel 50,4% (20% in Veneto); l'oculista nel 69,4% (40% in Veneto); l'ostetrico nel 38,8%; lo pneumologo nel 43,8%; in generale si osserva un gradiente crescente (maggior presenza di servizi specialistici) scendendo verso meridione (Tabella 4.14).

Tabella 4.14 – Presenza di servizi specialistici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Cardiologia									
Si	40,0	83,9	67,9	66,7	85,7	85,7	85,0	75,0	76,9
No	60,0	16,1	32,1	33,3	14,3	14,3	15,0	25,0	23,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Tabella 4.14 – Presenza di servizi specialistici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Dermatologia									
Si	40,0	64,5	67,9	75,0	57,1	57,1	75,0	75,0	66,1
No	60,0	35,5	32,1	25,0	42,9	42,9	25,0	25,0	33,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Diabetologia/Endocrinologia									
Si	20,0	41,9	17,9	41,7	92,9	57,1	85,0	75,0	50,4
No	80,0	58,1	82,1	58,3	7,1	42,9	15,0	25,0	49,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Offalmologia									
Si	40,0	58,1	60,7	75,0	92,9	57,1	90,0	75,0	69,4
No	60,0	41,9	39,3	25,0	7,1	42,9	10,0	25,0	30,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Ostetricia									
Si	20,0	29,0	39,3	66,7	50,0		40,0	75,0	38,8
No	80,0	71,0	60,7	33,3	50,0	100,0	60,0	25,0	61,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Pneumologia									
Si	20,0	25,8	35,7	33,3	78,6	42,9	65,0	75,0	43,8
No	80,0	74,2	64,3	66,7	21,4	57,1	35,0	25,0	56,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Le ore settimanali di presenza di queste specialità all'interno delle (CdS) è riportata nella Tabella 4.15.

Tabella 4.15 - Ore settimanali di accesso ai servizi specialistici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Cardiologia									
1-6		12,5	22,2	50,0	25,0	33,3	6,7		19,3
6-12		20,8	16,7	37,5	8,3	16,7	13,3	33,3	18,2
13-24		16,7	61,1		50,0	16,7	40,0		31,8
> 24	100,0	50,0		12,5	16,7	33,3	40,0	66,7	30,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	2	24	18	8	12	6	15	3	88
Dermatologia									
1-6		5,6	29,4	66,7	62,5	25,0	16,7	66,7	30,2
6-12		5,6	58,8	22,2	25,0	25,0	41,6	33,3	30,1
13-24		27,8	11,8		12,5		16,7		13,7
> 24	100,0	61,0		11,1		50,0	25,0		26,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	2	18	17	9	8	4	12	3	73
Diabetologia/Endocrinologia									
1-6		15,4	50,0	83,3	30,7	50,0	13,3		28,9
6-12		15,4	25,0	16,7	23,1	25,0	46,7	33,4	27,1
13-24		30,8	25,0		30,8		6,7	33,3	18,6
> 24	100,0	38,4			15,4	25,0	33,3	33,3	25,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	1	13	4	6	13	4	15	3	59
Oftalmologia									
1-6		6,7	20,0	44,5	7,7		12,5		14,3
6-12		6,7	40,0	22,2	38,4	50,0	31,3	33,3	28,5
13-24		26,7	33,3	22,2	30,8		43,7		28,6
> 24	100,0	59,9	6,7	11,1	23,1	50,0	12,5	66,7	28,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	2	15	15	9	13	4	16	3	77

Tabella 4.15 - Ore settimanali di accesso ai servizi specialistici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ostetricia									
1-6			20,0	50,0	14,3		42,8		22,2
6-12		11,1	20,0	37,5	57,1			33,3	24,4
13-24		44,5	40,0	12,5	14,3		42,9		29,0
> 24	100,0	44,4	20,0		14,3		14,3	66,7	24,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	1	9	10	8	7		7	3	45
Pneumologia									
1-6			30,0	60,0	45,4	33,3	9,1		26,0
6-12			70,0	20,0	27,3		27,3		28,0
13-24				20,0	18,2		27,3		12,0
> 24	100,0	100,0			9,1	66,7	36,3	100,0	34,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	1	8	10	5	11	3	11	1	50

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Nella stragrande maggioranza dei casi l'accessibilità ai servizi specialistici non è assicurata di sabato: parziale eccezione è rappresentata dalla cardiologia, accessibile di sabato nel 15% delle strutture, con un massimo del 50% dei casi in Basilicata/Calabria (Tabella 4.16). Nessun servizio specialistico è assicurato di domenica. Del tutto marginale è anche la apertura serale, prevista nel 2,5% dei casi, ed il dato si riferisce alle sole Emilia-Romagna e Puglia.

Tabella 4.16 - Apertura il sabato servizi specialistici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Card.		6,5	10,7	16,7	21,4	14,3	25,0	50,0	14,9
Dermat.		6,5	3,6	8,3	7,1			50,0	5,8
Diabet. Endocr.		3,2		8,3	7,1	14,3		50,0	5,0
Oculist.		6,5	7,1	16,7	7,1		15,0	50,0	9,9
Ostetr.				16,7				50,0	3,3
Pneum.		3,2		8,3	7,1		10,0	25,0	5,0
Altro		3,2		8,3		14,3	5,0		3,3
Ness.a	100,0	93,5	82,1	75,0	71,4	85,7	70,0	50,0	81,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Per quanto riguarda la diagnostica, si registra la disponibilità dell'ecocardiografia nel 35,5% delle strutture; dell'ecografia nel 55,4%; dell'ECG nel 56,2%; della radiologia nel 49,6%; della spirometria nel 34,7% (Tabella 4.17).

Tabella 4.17 – Presenza di servizi diagnostici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ecocardiografia									
Si	60,0	32,3	28,6	50,0	35,7	42,9	35,0	25,0	35,5
No	40,0	67,7	71,4	50,0	64,3	57,1	65,0	75,0	64,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Tabella 4.17 – Presenza di servizi diagnostici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ecografia									
Si	60,0	41,9	39,3	50,0	78,6	85,7	70,0	75,0	55,4
No	40,0	58,1	60,7	50,0	21,4	14,3	30,0	25,0	44,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Elettrocardiografia									
Si	20,0	29,0	75,0	66,7	85,7	42,9	50,0	100,0	56,2
No	80,0	71,0	25,0	33,3	14,3	57,1	50,0		43,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Radiologia									
Si	60,0	32,3	21,4	41,7	71,4	100,0	75,0	100,0	49,6
No	40,0	67,7	78,6	58,3	28,6		25,0		50,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Spirometria									
Si	40,0	25,8	32,1	41,7	35,7	28,6	40,0	75,0	34,7
No	60,0	74,2	67,9	58,3	64,3	71,4	60,0	25,0	65,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Le ore di accesso settimanale ai servizi diagnostici sono molto variabili: praticamente la distribuzione delle strutture è sostanzialmente equi-ripartita fra le classi considerate: da meno di una ora giornaliera a oltre 25 settimanali (Tabella 4.18).

**Tabella 4.18 – Ore settimanali di apertura servizi diagnostici
(val. %)**

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ecocardiografia									
1-6		11,1	28,6	33,3	40,0				17,9
6-12		11,1	42,8	33,3		50,0	57,1		28,3
13-24		22,2	28,6	16,7	60,0		28,6		25,6
> 24	100,0	55,6		16,7		50,0	14,3		28,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0
Val. Ass.	3	9	7	6	5	2	7		39
Ecografia									
1-6		8,3	10,0	16,7	9,1	25,0	21,4	50,0	14,5
6-12		16,7	60,0	33,3	36,3	25,0	50,0		35,5
13-24		25,0	20,0	33,3	18,2		14,3	50,0	19,4
> 24	100,0	50,0	10,0	16,7	36,4	50,0	14,3		30,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	3	12	10	6	11	4	14	2	62
Elettrocardiografia									
1-6			15,0	37,5	25,0			25,0	15,6
6-12		25,0	20,0	12,5	8,3	100,0	10,0	75,0	20,3
13-24		25,0	65,0	37,5	50,0		40,0		43,8
> 24	100,0	50,0		12,5	16,7		50,0		20,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	1	8	20	8	12	1	10	4	64
Radiologia									
1-6				20,0		20,0			3,6
6-12			83,3		66,7	40,0	53,3	25,0	39,3
13-24		33,3	16,7	40,0	11,1		20,0	25,0	19,6
> 24	100,0	66,7		40,0	22,2	40,0	26,7	50,0	37,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	3	9	6	5	9	5	15	4	56

Tabella 4.18 – Ore settimanali di apertura servizi diagnostici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Spirometria									
1-6		14,3	28,6	80,0	20,0				21,1
6-12			57,1	20,0	40,0		37,5		26,3
13-24		14,3	14,3		20,0	50,0	25,0		15,8
> 24	100,0	71,4			20,0	50,0	37,5	100,0	36,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	2	7	7	5	5	2	8	2	38

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Di sabato la possibilità di accesso è molto rara, con il massimo del 12,4% per l'ECG, ed il 30% in Puglia (Tabella 4.19).

Tabella 4.19 - Apertura il sabato servizi diagnostici (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ecocrd.		9,7		16,7		14,3	5,0		5,8
Ecogrf.		9,7		16,7	7,1	14,3			5,8
ECG		9,7	3,6	16,7	14,3	14,3	30,0		12,4
Radiol.		9,7		16,7	7,1	14,3	5,0	50,0	8,3
Spirom.		6,5						25,0	2,5
Ness.a	100,0	90,3	96,4	66,7	78,6	85,7	70,0	50,0	83,5
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

La domenica si evidenzia la possibilità di accesso all'ecocardiografia del 25% in Toscana e del 21,4% in Lazio. Nessuna presenza risulta nelle ore serali.

Tabella 4.20 – Presenza altri servizi residenziali (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Cure intermedie									
Si	100,0	41,9	4,0	25,0	35,7	42,9	58,8	25,0	35,7
No		58,1	96,0	75,0	64,3	57,1	41,2	75,0	64,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	25	12	14	7	17	4	115
RSA									
Si	40,0	19,4	14,8	66,7		14,3	23,5	25,0	22,4
No	60,0	80,6	85,2	33,3	100,0	85,7	76,5	75,0	77,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	27	12	13	7	17	4	116
Hospice									
Si	40,0	3,2	3,8	8,3		28,6	25,0		9,6
No	60,0	96,8	96,2	91,7	100,0	71,4	75,0	100,0	90,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	26	12	13	7	16	4	114
Residenze per anziani									
Si	60,0	9,7	4,0	8,3		28,6			8,8
No	40,0	90,3	96,0	91,7	100,0	71,4	100,0	100,0	91,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	25	12	13	7	16	4	113

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Dalla indagine risulta una presenza nelle CdS di cure intermedie nel 35,7% dei casi; di RSA nel 22,4%; di Hospice nel 9,6%; di residenze per anziani nell'8%. Sono più frequentemente fornite di

queste tipologie di assistenza residenziale nelle strutture del Veneto (Tabella 4.20).

I posti letto, laddove le strutture sono presenti, ammontano in media a 15,5 per le cure intermedie, 21,3 per le RSA, 19,2 per gli Hospice e 19,2 per le Residenze per anziani (Tabella 4.21).

Tabella 4.21 – Numero medio posti letto

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Cure interm.	20,0	20,0	.	12,7	15,0	10,0	14,9	15,0	15,5
RSA.		17,8	30,5	21,9		8,0	24,0	20,0	21,3
Hosp.				3,0		10,0	27,7		19,2
Res. Anz.		22,0		20,0		10,0			19,2

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Numerosi altri servizi di maggiore o minore complessità sono presenti nelle CdS.

Tabella 4.22 – Presenza di altri servizi ambulatoriali (val. %)

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ambulatorio prelievi									
Sì	60,0	93,5	92,9	83,3	92,9	100,0	90,0	100,0	90,9
No	40,0	6,5	7,1	16,7	7,1		10,0		9,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Ambulatorio o centro diurno salute mentale									
Sì		48,4	32,1	41,7	64,3	28,6	20,0	75,0	38,8
No	100,0	51,6	67,9	58,3	35,7	71,4	80,0	25,0	61,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

**Tabella 4.22 – Presenza di altri servizi ambulatoriali
(val. %)**

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ambulatorio screening									
Si	40,0	64,5	25,0	50,0	64,3		35,0	25,0	43,0
No	60,0	35,5	75,0	50,0	35,7	100,0	65,0	75,0	57,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Ambulatorio vaccinazioni									
Si	40,0	71,0	53,6	50,0	57,1	28,6	65,0	100,0	59,5
No	60,0	29,0	46,4	50,0	42,9	71,4	35,0		40,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Servizio assistenza domiciliare									
Si	20,0	51,6	53,6	75,0	64,3	28,6	50,0	50,0	52,9
No	80,0	48,4	46,4	25,0	35,7	71,4	50,0	50,0	47,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Assistenza riabilitativa									
Si	60,0	45,2	35,7	66,7	42,9	57,1	45,0	25,0	45,5
No	40,0	54,8	64,3	33,3	57,1	42,9	55,0	75,0	54,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Servizio distribuzione protesi									
Si	40,0	16,1	10,7	58,3	21,4	14,3	55,0	50,0	28,1
No	60,0	83,9	89,3	41,7	78,6	85,7	45,0	50,0	71,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

**Tabella 4.22 – Presenza di altri servizi ambulatoriali
(val. %)**

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Centro dialisi									
Si	20,0	25,8		8,3	14,3	14,3	40,0	75,0	19,8
No	80,0	74,2	100,0	91,7	85,7	85,7	60,0	25,0	80,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Centro diurno disabilità									
Si	20,0	22,6	14,3		7,1	28,6	10,0		14,0
No	80,0	77,4	85,7	100,0	92,9	71,4	90,0	100,0	86,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Consultorio familiare									
Si		54,8	57,1	25,0	64,3	28,6	100,0	75,0	57,9
No	100,0	45,2	42,9	75,0	35,7	71,4		25,0	42,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Ambulatorio assistenza donna									
Si		45,2	32,1	25,0	50,0		15,0	25,0	30,6
No	100,0	54,8	67,9	75,0	50,0	100,0	85,0	75,0	69,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121
Chirurgia ambulatoriale									
Si	40,0	48,4	28,6	33,3	57,1	28,6	65,0	75,0	45,5
No	60,0	51,6	71,4	66,7	42,9	71,4	35,0	25,0	54,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

**Tabella 4.22 – Presenza di altri servizi ambulatoriali
(val. %)**

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Punto Emergenza/Urgenza									
Si	100,0	64,5	32,1	41,7	35,7	57,1	70,0	75,0	53,7
No		35,5	67,9	58,3	64,3	42,9	30,0	25,0	46,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Sono stati rilevati ambulatori prelievi nel 90,9% delle strutture; l'ambulatorio o centro diurno salute mentale nel 38,8%; gli ambulatori screening nel 43,0%; gli ambulatori vaccinazioni nel 59,5%; i servizi per l'assistenza domiciliare nel 52,9%; l'assistenza riabilitativa nel 45,5%; la distribuzione protesi nel 28,1%; il centro dialisi nel 19,8%; il centro diurno disabilità nel 14,0%; il consultorio familiare nel 57,9%; centro assistenza donne nel 30,6%; la chirurgia ambulatoriale nel 45,5%; il punto emergenza/urgenza nel 53,7% (Tabella 4.22).

L'attività di questi servizi, come la loro presenza, è molto variabile, sia infra che intra-regioni; generalmente, ove attivi, gli orari di attività si concentrano attorno alle 13-24 ore settimanali, con esclusione dei punti di emergenza/urgenza (Tabella 4.23).

L'apertura di sabato, e ancor più di domenica e negli orari serali, sempre con l'esclusione ovviamente dei punti di emergenza/urgenza dove previsti, rimane del tutto residuale.

**Tabella 4.23 – Ore settimanali di apertura
degli altri servizi ambulatoriali
(val. %)**

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ambulatorio prelievi									
1-6			8,3	40,0		28,6	16,7		10,7
6-12		24,0	62,5	50,0	83,4	42,8	44,4	50,0	47,6
13-24	66,7	52,0	25,0	10,0	8,3	28,6	27,8		29,1
> 24	33,3	24,0	4,2		8,3		11,1	50,0	12,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	3	25	24	10	12	7	18	4	103
Ambulatorio o centro diurno salute mentale									
1-6		28,6	14,3	60,0	37,5				25,6
6-12		7,1		20,0	12,5			33,4	9,3
13-24		28,6	42,8	20,0	50,0		20,0	33,3	32,5
> 24		35,7	42,9			100,0	80,0	33,3	32,6
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.		14	7	5	8	1	5	3	43
Ambulatorio screening									
1-6		17,6	25,0	66,6	37,5		28,5		28,9
6-12		11,8	50,0	16,7	37,5		14,3		20,0
13-24	50,0	35,3	25,0	16,7	25,0		28,6		28,9
> 24	50,0	35,3					28,6	100,0	22,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	2	17	4	6	8		7	1	45
Ambulatorio vaccinazioni									
1-6		9,5	16,7	80,0	33,3	100,0	7,7		18,8
6-12		14,3	16,7	20,0	50,0		15,4		17,2
13-24	100,0	52,4	49,9		16,7		69,2	50,0	48,4
> 24		23,8	16,7				7,7	50,0	15,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	2	21	12	5	6	1	13	4	64

**Tabella 4.23 – Ore settimanali di apertura
degli altri servizi ambulatoriali
(val. %)**

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Servizio assistenza domiciliare									
1-6		8,3							1,9
6-12		25,0	8,3		25,0		11,1		13,0
13-24	100,0	33,4	41,7	11,1	37,5		44,5	50,0	35,2
> 24		33,3	50,0	88,9	37,5	100,0	44,4	50,0	49,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	1	12	12	9	8	1	9	2	54
Assistenza riabilitativa									
1-6		9,1	20,0						4,4
6-12		18,2				25,0	25,0		11,1
13-24	33,3	36,3	60,0	12,5	40,0	25,0	50,0		35,6
> 24	66,7	36,4	20,0	87,5	60,0	50,0	25,0	100,0	48,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	3	11	5	8	5	4	8	1	45
Servizio distribuzione protesi									
1-6		20,0		14,3			10,0		10,3
6-12			50,0				40,0	50,0	20,7
13-24		20,0	50,0	14,3	50,0		40,0	50,0	31,0
> 24		60,0		71,4	50,0	100,0	10,0		38,0
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.		5	2	7	2	1	10	2	29
Centro dialisi									
1-6									
6-12		16,7							4,8
13-24	100,0	33,3				100,0	37,5	33,3	38,1
> 24		50,0		100,0	100,0		62,5	66,7	57,1
Totale	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	1	6		1	1	1	8	3	21

**Tabella 4.23 – Ore settimanali di apertura
degli altri servizi ambulatoriali
(val. %)**

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Centro diurno disabilità									
1-6			33,3		100,0				13,3
6-12		16,7	66,7						20,0
13-24	100,0	33,3					50,0		26,7
> 24		50,0				100,0	50,0		40,0
Totale	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0
Val. Ass.	1	6	3		1	2	2		15
Consultorio familiare									
1-6			13,3				5,0		4,5
6-12		12,5	13,3	33,4	12,5		5,0	66,7	13,4
13-24		37,5	53,4	33,3	50,0	50,0	35,0	33,3	41,8
> 24		50,0	20,0	33,3	37,5	50,0	55,0		40,3
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.		16	15	3	8	2	20	3	67
Ambulatorio assistenza donna									
1-6		21,4	25,0	33,3	28,5				23,5
6-12		14,3	12,5	66,7	28,6				20,6
13-24		21,4	25,0		28,6		100,0		26,5
> 24		42,9	37,5		14,3				29,4
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0		100,0
Val. Ass.		14	8	3	7		2		34
Chirurgia ambulatoriale									
1-6			12,5	75,0	42,8		7,7		15,4
6-12		23,1	50,0	25,0			23,1	33,3	23,1
13-24	50,0	38,4	37,5		42,9	50,0	7,7	66,7	30,7
> 24	50,0	38,5			14,3	50,0	61,5		30,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	2	13	8	4	7	2	13	3	52

**Tabella 4.23 – Ore settimanali di apertura
degli altri servizi ambulatoriali
(val. %)**

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Punto Emergenza/Urgenza									
1-6									
6-12		12,5							3,4
13-24	25,0	37,5	25,0						15,5
> 24	75,0	50,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	81,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	4	16	8	5	5	3	14	3	58

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Dimensioni differenziali rispetto ai bacini di utenza

Le dimensioni delle strutture contattate, in termini di bacino di utenza di riferimento, insieme alla complessità assistenziale, costituiscono una variabile molto importante per confrontare i servizi e le dotazioni delle strutture.

Rimandiamo alla Tabella 4.2 per le dimensioni delle strutture analizzate in termini di bacino di utenza.

Analizziamo, a seguire, l'eventuale correlazione fra dimensione del bacino di utenza e complessità della struttura: dalla rilevazione risulta una presenza di strutture complesse sia in presenza di bacini di utenza ampi, che ridotti. Anche la tipologia di orario (continuo, spezzato e misto) non sembra variare in maniera statisticamente significativa al variare della dimensione del bacino di utenza (Tabella 4.24).

Tabella 4.24 – Tipologia orario per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
H24	16.0	2.8	12.9	11.1	10.1
Orario cont.	64.0	66.7	71.0	63.0	66.4
Orario spezz.	12.0	19.4	12.9	25.9	17.6
Orario misto	8.0	11.1	3.2		5.9
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Lo stesso dicasi per il numero di ore giornaliere e di giorni settimanali di apertura (Tabella 4.25).

Tabella 4.25 – Ore di apertura giornaliere per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
Fino a 5	20.0	11.1	6.5		9.2
6-11	36.0	38.9	48.3	51.9	43.7
12-14	28.0	47.2	32.3	37.0	37.0
H24	16.0	2.8	12.9	11.1	10.1
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Una lieve maggiore frequenza di apertura di sabato sembra registrarsi nelle strutture con bacini di utenza più ampi: 81,5% dei casi per bacini di utenza superiori a 50.000 unità, e 74,2% per bacini tra 20.000 e 50.000, contro una media generale del 62,2% (Tabella 4.26).

Tabella 4.26 – Apertura il sabato per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
Si	48.0	47.2	74.2	81.5	62.2
No	52.0	52.8	25.8	18.5	37.8
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 4.27 - MMG presenti per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
Fino a 4	39.1	27.6	7.4		18.3
5-9	47.9	62.1	70.4	68.0	62.5
10 e oltre	13.0	10.3	22.2	32.0	19.2
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	23	29	27	25	104

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Per quanto riguarda i MMG, la loro presenza è abbastanza omogenea (5-9) e indipendente dal bacino di utenza. Si osserva una correlazione solo per le aggregazioni maggiori (10 e oltre) che sono più frequenti al crescere delle dimensioni del bacino di utenza (Tabella 4.27).

Tabella 4.28 – Presenza ambulatorio inferm.co per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
Si	88.0	100.0	93.5	100.0	95.8
No	12.0		6.5		4.2
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 4.29 – Ore di apertura ambulatorio inferm.co per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
Fino a 12	42.9	20.6	10.7	20.0	22.2
13-24	19.0	29.4	28.6	40.0	29.6
25-48	23.8	29.4	42.8	32.0	32.5
49 e oltre	14.3	20.6	17.9	8.0	15.7
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Vall. Ass.	21	34	28	25	108

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Anche la presenza di ambulatori infermieristici non sembra legata alla dimensione del bacino di utenza, come anche la numerosità degli infermieri presenti e gli orari di apertura (Tabella 4.28 e Tabella 4.29).

Analoghe considerazioni si possono fare per la presenza dei servizi specialistici, che non sembra influenzata dalle dimensioni del bacino di utenza (Tabella 4.30); lo stesso dicasi per le relative ore di apertura dei servizi.

Tabella 4.30 – Presenza dei servizi specialistici per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
Cardiologia					
Si	76.0	66.7	87.1	85.2	78.2
No	24.0	33.3	12.9	14.8	21.8
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Dermatologia					
Si	64.0	63.9	74.2	66.7	67.2
No	36.0	36.1	25.8	33.3	32.8
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Diabetologia/Endocrinologia					
Si	52.0	47.2	41.9	66.7	51.3
No	48.0	52.8	58.1	33.3	48.7
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Offalmologia					
Si	60.0	66.7	74.2	81.5	70.6
No	40.0	33.3	25.8	18.5	29.4
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Tabella 4.30 – Presenza dei servizi specialistici per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
Ostetricia					
Si	36.0	41.7	32.3	48.1	39.5
No	64.0	58.3	67.7	51.9	60.5
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Pneumologia					
Si	28.0	36.1	51.6	63.0	44.5
No	72.0	63.9	48.4	37.0	55.5
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Si nota una più frequente apertura di sabato per alcune di queste specialità nelle strutture con bacino di utenza più elevato: la cardiologia, ad esempio, è aperta di sabato nel 37% delle strutture con bacino di utenza oltre 50.000 unità, contro una media generale del 15,1% (Tabella 4.31).

Tabella 4.31 – Apertura il sabato dei servizi specialistici per bacino di utenza (val. %)

Numero	Fino a 9.999	10.000-19.999	20.000-49.999	50.000 e oltre	Media
Cardiologo	8.0	5.6	12.9	37.0	15.1
Dermatologo	4.0	5.6	6.5	7.4	5.9
Diabetologo Endocrinologo	8.0	2.8	3.2	7.4	5.0

**Tabella 4.31 – Apertura il sabato
dei servizi specialistici
per bacino di utenza (val. %)**

Numero	Fino a 9.999	10.000- 19.999	20.000- 49.999	50.000 e oltre	Media
Oculista	4.0	8.3	9.7	18.5	10.1
Ostetrico	4.0	2.8	3.2	3.7	3.4
Pneumologo	4.0	2.8	3.2	11.1	5.0
Nessuna	92.0	91.7	77.4	59.3	80.7
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Per quanto riguarda i servizi diagnostici (Tabella 4.32), alcuni di questi sono più presenti nelle strutture con bacini di utenza elevati. È il caso dell'ecografia (66,7% contro una media del 56,3% e dell'elettrocardiografia (77,8% contro 57,1%); si registra una debole evidenza che anche le ore di apertura dei servizi diagnostici in alcuni casi aumentano all'aumentare del bacino di utenza.

**Tabella 4.32 – Presenza dei servizi
diagnostici
per bacino di utenza (val. %)**

Numero	Fino a 9.999	10.000- 19.999	20.000- 49.999	50.000 e oltre	Media
Ecocardiografia					
Si	36.0	33.3	29.0	48.1	36.1
No	64.0	66.7	71.0	51.9	63.9
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

**Tabella 4.32 – Presenza dei servizi
diagnostici
per bacino di utenza (val. %)**

Numero	Fino a 9.999	10.000- 19.999	20.000- 49.999	50.000 e oltre	Media
Ecografia					
Si	48.0	47.2	64.5	66.7	56.3
No	52.0	52.8	35.5	33.3	43.7
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Elettrocardiografia					
Si	44.0	47.2	61.3	77.8	57.1
No	56.0	52.8	38.7	22.2	42.9
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Radiologia					
Si	48.0	36.1	54.8	66.7	50.4
No	52.0	63.9	45.2	33.3	49.6
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Spirometria					
Si	36.0	27.8	35.5	44.4	35.3
No	64.0	72.2	64.5	55.6	64.7
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Si nota una più frequente apertura di sabato per alcune diagnostiche nelle strutture con bacino di utenza più elevato: l'elettrocardiografia, ad esempio, è aperta di sabato nel 25,9% delle strutture con bacino di utenza oltre 50.000 unità, contro una media generale del 12,6%, dato che peraltro si può associare alla

maggiore apertura delle cardiologie di sabato nelle strutture di maggiore dimensione (Tabella 4.33).

**Tabella 4.33 – Apertura il sabato
dei servizi diagnostici
per bacino di utenza (val. %)**

Numero	Fino a 9.999	10.000- 19.999	20.000- 49.999	50.000 e oltre	Media
Ecocardiogr.	8.0		9.7	7.4	5.9
Ecografia	8.0		9.7	7.4	5.9
ECG	4.0	5.6	16.1	25.9	12.6
Radiologia	8.0	2.8	12.9	11.1	8.4
Spirometria			6.5	3.7	2.5
Val. Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Nessuna chiara correlazione si rileva fra bacino di utenza e presenza degli altri servizi (Tabella 4.34).

**Tabella 4.34 – Presenza di altri servizi
residenziali e ambulatoriali
per bacino di utenza (val. %)**

Numero	Fino a 9.999	10.000- 19.999	20.000- 49.999	50.000 e oltre	Media
Cure intermedie					
Sì	24.0	38.7	40.0	33.3	34.5
No	76.0	61.3	60.0	66.7	65.5
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	31	30	27	113

**Tabella 4.34 – Presenza di altri servizi
residenziali e ambulatoriali
per bacino di utenza (val. %)**

Numero	Fino a 9.999	10.000- 19.999	20.000- 49.999	50.000 e oltre	Media
RSA					
Sì	40.0	24.2	13.3	7.7	21.1
No	60.0	75.8	86.7	92.3	78.9
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	33	30	26	114
Hospice					
Sì	8.3	9.4	10.0	3.8	8.0
No	91.7	90.6	90.0	96.2	92.0
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	24	32	30	26	112
Residenza per anziani					
Sì	16.7	9.7	3.3		7.2
No	83.3	90.3	96.7	100.0	92.8
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	24	31	30	26	111
Ambulatorio prelievi					
Sì	96.0	94.4	87.1	92.6	92.4
No	4.0	5.6	12.9	7.4	7.6
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Ambulatorio o centro diurno salute mentale					
Sì	28.0	33.3	45.2	51.9	39.5
No	72.0	66.7	54.8	48.1	60.5
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119

**Tabella 4.34 – Presenza di altri servizi
residenziali e ambulatoriali
per bacino di utenza (val. %)**

Numero	Fino a 9.999	10.000- 19.999	20.000- 49.999	50.000 e oltre	Media
Ambulatorio screening					
Sì	40.0	36.1	48.4	51.9	43.7
No	60.0	63.9	51.6	48.1	56.3
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Ambulatorio vaccinazioni					
Sì	52.0	69.4	64.5	51.9	60.5
No	48.0	30.6	35.5	48.1	39.5
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Servizio assistenza domiciliare					
Sì	56.0	47.2	67.7	44.4	53.8
No	44.0	52.8	32.3	55.6	46.2
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Assistenza riabilitativa					
Sì	52.0	52.8	48.4	25.9	45.4
No	48.0	47.2	51.6	74.1	54.6
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Servizio distribuzione protesi					
Sì	32.0	22.2	29.0	29.6	27.7
No	68.0	77.8	71.0	70.4	72.3
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Centro dialisi					
Sì	12.0	19.4	25.8	22.2	20.2
No	88.0	80.6	74.2	77.8	79.8
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

**Tabella 4.34 – Presenza di altri servizi
residenziali e ambulatoriali
per bacino di utenza (val. %)**

Numero	Fino a 9.999	10.000- 19.999	20.000- 49.999	50.000 e oltre	Media
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Centro diurno disabilità					
Sì	16.0	13.9	16.1	11.1	14.3
No	84.0	86.1	83.9	88.9	85.7
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Consultorio familiare					
Sì	48.0	52.8	74.2	59.3	58.8
No	52.0	47.2	25.8	40.7	41.2
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Ambulatorio assistenza donna					
Sì	20.0	30.6	29.0	44.4	31.1
No	80.0	69.4	71.0	55.6	68.9
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Chirurgia ambulatoriale					
Sì	32.0	47.2	45.2	59.3	46.2
No	68.0	52.8	54.8	40.7	53.8
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Val. Ass.	25	36	31	27	119
Punto Emergenza/Urgenza					
Sì	56.0	52.8	51.6	51.9	52.9
No	44.0	47.2	48.4	48.1	47.1
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
VV.Ass.	25	36	31	27	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

5. Osservazioni conclusive

Stendere un bilancio di quanto rilevato, non appare operazione facile. In primo luogo, e come anticipato, le informazioni sul “fenomeno Case della Salute” sono complessivamente scarse, come confermato dal fatto che anche le fonti ufficiali stentano a ricostruire un quadro organico della materia.

Riteniamo che le ragioni di tale carenza siano prima di tutto da ricercarsi nella complessità e variabilità delle impostazioni regionali, che rende difficile perimetrare il fenomeno.

Infatti, sebbene sia rinvenibile una matrice originaria dell’idea delle “Case della Salute” che, come abbiamo cercato di argomentare, risale sin all’inizio degli anni 2000, questa è stata caratterizzata da alcuni elementi “distintivi”, ma anche da alcune residue “ambiguità”.

Ad esempio, non sembrano esserci dubbi che le “Case della Salute” dovrebbero rappresentare l’“alter ego” dell’Ospedale, nel senso che dovrebbero assumere nei sistemi sanitari dell’epoca moderna, caratterizzati da un forte orientamento alla prevenzione e alla presa in carico della cronicità, il ruolo di riferimento che è stato dell’Ospedale nei sistemi del ‘900, caratterizzati dalla grande diffusione delle tecnologie sanitarie.

Non sembrano, altresì, esserci dubbi che una caratteristica distintiva della “Case della Salute” rispetto agli Ospedali siano proprio le tecnologie, che sono prevalentemente di tipo “soft”: medicina di iniziativa, integrazione multi-professionale, partecipazione ed *empowerment*, etc.

Rimane invece ambigua l’importanza da attribuire alla caratterizzazione fisica delle “Case della Salute”, con modelli che fanno dell’individuazione del luogo fisico di concentrazione dei servizi una caratteristica essenziale delle CdS, ed altri che tendono a privilegiare la logica dell’integrazione funzionale, con un ampio ventaglio di possibilità.

Questa “indeterminatezza di fatto” del perimetro del fenomeno rende ovviamente complesse le rilevazioni, che vanno

intese come un primo tentativo di affrontare la materia in modo quanto più possibile quantitativo.

Da questo punto di vista, pur con tutti i caveat segnalati nel testo, riteniamo che la numerosità delle strutture che hanno risposto alla nostra sollecitazione (121 in 10 diverse Regioni, di tutte le ripartizioni) possa essere considerato un discreto successo e possa fornire materiale utile a qualche riflessione sullo stato dell'arte.

La ricerca ci restituisce l'immagine di un quadro regionale articolato, sebbene con alcuni elementi di indubbia omogeneità: peraltro spiegabile con il fatto che osserviamo Regioni che hanno evidentemente scelto di percorrere il percorso di sviluppo delle CdS (sebbene con diverse denominazioni di fatto adottate).

L'indagine preliminare, condotta sulle normative regionali, permette di evincere un approccio con fondamenta omogenee, almeno per quanto riguarda i riferimenti teorici e l'impostazione generale; in parte anche per molti aspetti relativi alle linee portanti dell'organizzazione dell'offerta, sebbene rimangano le diverse "sfumature" del modello sopra richiamate.

Come era lecito aspettarsi, risultano invece abbastanza variegata le realizzazioni effettive, ovvero le applicazioni dei principi generali: questo appare evidente, ad esempio, analizzando a livello infra, ma anche intra-regionale, i dati raccolti in merito a dimensioni, ventaglio dei servizi offerti e relativi orari di apertura. Appare particolarmente significativo rilevare come spesso non emerga alcuna correlazione evidente del dimensionamento qualitativo dei servizi, neppure con le dimensioni dei bacini di utenza.

Rimandando al capitolo precedente per l'analisi puntuale dei dati rilevati, ci sembra di poter osservare uno sforzo regionale notevole nella direzione della creazione di servizi poliambulatoriali con una buona offerta specialistica extra-ospedaliera; anche il coinvolgimento, seppure ancora parziale, dei MMG e dei PLS sembra una evidente priorità.

Quello che sembra stentare a realizzarsi è la costituzione di un vero polo di riferimento per la popolazione, davvero alternativo all'ospedale. O, meglio, che possa raccoglierne il testimone

diventando il vero riferimento del cittadino nei rapporti con il sistema sanitario.

Supporta questa affermazione, in primo luogo l'osservazione della scarsa apertura dei servizi durante i prefestivi (che diventa praticamente nulla la domenica); come anche la quasi assenza di servizi in orari serali.

In altri termini, il ventaglio di soluzioni offerte è ampio (si veda a tal proposito la lunga lista di servizi ambulatoriali che è stato possibile rilevare) ma continua a seguire le logiche *standard* dell'offerta dei servizi pubblici, tutta concentrata nei classici orari lavorativi infrasettimanali.

In secondo luogo, sono ancora rare le strutture che garantiscono una apertura H24, offrendo anche un punto di ricevimento per l'emergenza/urgenza.

In terzo luogo, pur registrandosi una diffusa presenza di ambulatori infermieristici e di medicina generale (e pediatria di libera scelta), in quote rilevanti di strutture gli orari di apertura sono limitati e spesso anche il personale presente; la correlazione della dimensione degli ambulatori con i bacini di utenza è bassa e lascia intravedere una insufficiente programmazione della integrazione multi-professionale.

In quarto luogo, anche il principio basilare dell'"integrazione tra sociale e sanitario", sembra ancora lungi da essere realizzata. Va apprezzato come molte realtà stiano compiendo passi in avanti significativi, garantendo la presenza nelle CdS di presidi di tipo sociale, accanto a quelli sanitari: ma rimane ancora una realtà in divenire, lontana dal poter realizzare una piena collaborazione e integrazione tra i due comparti sulla base del principio della "centralità del paziente" con tutti suoi bisogni.

In conclusione, anche se in alcune realtà regionali assistiamo ad uno sviluppo sul lato dei servizi garantiti sul territorio, dalle informazioni raccolte emerge, per quanto indirettamente, il fatto che non sembra si stia sviluppando un modello di offerta davvero innovativo e alternativo all'ospedale: le logiche prevalenti sembrano rimanere quelle classiche, orientate a logiche di

programmazione dell'offerta, e meno attente all'individuazione dei bisogni emergenti sul lato della domanda.

6. Bibliografia

AgeNaS, (2010), Indagine Distretti sanitari 2010 e integrazione socio-sanitaria

Banchieri G., Colavita F., Massaro G., (2019), Ospedali di Comunità, Case della Salute e Cure primarie: esperienza regionali a confronto, edizioni Joelle

Bollettini Ufficiali Regionali

Dies-Censis (2009), Valutare la sperimentazione delle “Case salute”, I nuovi modelli di assistenza primaria in otto regioni italiane

Allegato 1: Sintesi delle principali caratteristiche delle esperienze analizzate da Dies-Censis (2009)

	Sardegna Villacidro	Veneto Arsiero	Piemonte Demonte	Puglia Bari e Gravina di Puglia	Emilia Romagna Crevalcore	Lazio Tivoli	Toscana Castiglion Fiorentino	Sicilia ¹
Modelli adottati	Casa della Salute	UTAP (Unità territoriale di assistenza primaria)	Gruppi di cure primarie e Case della Salute	Super-Gruppi, Super-Rete, Centro Polifunzionale Territoriale	Nuclei di cure primarie e Case della Salute	Casa della Salute	Unità di cure primarie e Casa della Salute	Presidi PTA (presidi territoriali di assistenza) e UTAP (Unità territoriale di assistenza primaria)
Numero Medici di assistenza primaria	6 MMG e 1 Pediatra	6 MMG Nessun pediatra.	4 MMG e 1 pediatra presente in sede (ma non facente parte del gruppo)	3 Medici di medicina generale (Bari) 4 Medici di medicina generale Gravina	9 MMG e 2 PLS	Medicina primaria non ancora integrata nella struttura	Il progetto dell'Unità di Cure Primarie (non ancora attivo) prevede 10 MMG 2 Pediatri	
Caratteristiche della sede	Poliambulatorio ASL sottoutilizzato, adattato a spese dell'azienda per le nuove funzioni	Ex sede di distretto rifunzionizzata	Ospedale rifunzionizzato	Sedi private	Ospedale rifunzionizzato prima in Poliambulatorio, e poi in Casa della Salute	Ospedale rifunzionizzato	Ospedale rifunzionizzato	Rifunionalizzazione e riconversione di presidi ospedalieri

¹ Studio di caso non effettuato, per mancanza di indicazioni da parte dell'assessorato di esperienze significative sul territorio.

	Sardegna Villacidro	Veneto Arsiero	Piemonte Demonte	Puglia Bari e Gravina di Puglia	Emilia Romagna Crevalcore	Lazio Tivoli	Toscana Castiglion Fiorentino	Sicilia ¹
Processo decisionale	Bottom-up: iniziativa dei medici, concertazione con ASL e distretto. Regione non partecipe	Top-down: sperimentazione aziendale, in un contesto fortemente votato all'innovazione organizzativa.	Bottom up: iniziativa dei medici con forte coinvolgimento aziendale e regionale	Bottom up: associazioni mediche preesistenti con forti incentivi a livello regionale	Top down: rifunzionalizzazione di struttura ospedaliera chiusa per razionalizzazione finanziaria	Top down: rifunzionalizzazione di struttura ospedaliera chiusa per razionalizzazione finanziaria	Bottom-up: iniziativa partita dal sindacato dei pensionati (a seguito della chiusura dell'ospedale), con coinvolgimento progressivo della Regione, dei MMG e infine della ASL (dopo le garanzie di copertura finanziaria)	Top down
Servizio di continuità assistenziale	Presente in sede	Presente in sede	Presente in sede	No	Presente in sede	-	Presente in sede	
Accessibilità e copertura oraria	Libero accesso H12	Esclusivamente su appuntamento, tramite call center aziendale attivo H12	Modalità mista. H8 per 5 giorni alla settimana	Modalità mista. H10 per 5 giorni alla settimana	Modalità mista, H12 per 5 giorni alla settimana, H5 il sabato		Attività di medicina primaria non ancora attivate	
Accentramento e mantenimento degli ambulatori periferici	Mantenimento dell'apertura degli ambulatori periferici	Mantenimento dell'apertura degli ambulatori periferici.	Mantenimento su base volontaria dell'apertura di ambulatori periferici -	Sede unica obbligatoria ed esclusiva	-	Sede unica obbligatoria ed esclusiva	Il progetto prevede apertura su base volontaria di ambulatori periferici	

	Sardegna Villacidro	Veneto Arsiero	Piemonte Demonte	Puglia Bari e Gravina di Puglia	Emilia Romagna Crevalcore	Lazio Tivoli	Toscana Castiglion Fiorentino	Sicilia ¹
Ospedale di comunità / letti di degenza	Progetto per due posti di degenza non attivato		Ospedale di comunità (12 posti letto). Prossima apertura di RSA-RFA (Residenza sanitaria assistenziale – Residenza assistenziale flessibile, 10/12 nuovi posti)		(RSA) Residenza Sanitaria Assistenziale in sede (18 posti letto)	Unità infermieristica territoriale con 15 posti letto		
Presenza del CUP e Integrazione con specialistica ambulatoriale	CUP e specialisti presenti nella struttura. Consulenze non formalizzate	CUP nella struttura, presenza di ambulatori specialistici per prevenzione malattie oncologiche e malattie croniche	CUP in sede e presenza periodica degli specialisti ASL	Assente	CUP in sede. Presenza di specialisti in sede per un numero ridotto di ore settimanali	CUP in sede		
Integrazione con Ospedale	No. Progetti per la dimissione protetta	Integrazione informativa avanzata (in fase di realizzazione) che coinvolge tutte le articolazioni dell'ULSS, compreso l'ospedale.	Tavolo di lavoro congiunto istituito dall'azienda		Day Hospital Oncologico e Day Surgery gestite da équipe proveniente dall'ospedale	Attività di preospedalizzazione		

	Sardegna Villacidro	Veneto Arsiero	Piemonte Demonte	Puglia Bari e Gravina di Puglia	Emilia Romagna Crevalcore	Lazio Tivoli	Toscana Castiglion Fiorentino	Sicilia ¹
Integrazione informatica/ informativa	Sperimentazione del fascicolo elettronico MEDIR, che raccoglie dati clinici e amministrativi. Condivisione con altri medici della Casa	Progetto in fase di realizzazione di rete unica aziendale, con informatizzazione di tutti i dati amministrativi e clinici dei pazienti – compresi referti, tracciati e immagini diagnostiche- accessibili per tutti i soggetti autorizzati	Condivisione delle cartelle cliniche all'interno del Gruppo di cure primarie. Sperimentazione di rete aziendale	Condivisione delle cartelle cliniche all'interno del Gruppo di cure primarie	Medici collegati alla rete regionale del progetto SOLE			
Attività infermieristica	Ambulatorio infermieristico del personale ASL	Équipe infermieristica dell'ADI	Servizio infermieristico territoriale ASL, in ambulatorio e domiciliare	Assistenza ambulatoriale e domiciliare del personale assunto dai medici	Punto d'accoglienza e ambulatorio infermieristico operativo 6 giorni alla settimana			

	Sardegna Villacidro	Veneto Arsiero	Piemonte Demonte	Puglia Bari e Gravina di Puglia	Emilia Romagna Crevalcore	Lazio Tivoli	Toscana Castiglion Fiorentino	Sicilia ¹
Livello di integrazione socio-sanitaria	Medio. Punto Unico di Accesso per la presa in carico. In via di attivazione l'Unità di Valutazione Territoriale. Presente volontariato in sede	Alto. Postazione dell'assistente sociale, ADI, Unità di valutazione multidimensionale. Presente volontariato in sede	Alto. Sportello unico socio-sanitario, servizio sociale, e volontariato nella sede unica	Assente.	Medio. È presente lo sportello unico polifunzionale ed è in progettazione il Punto Unico con segretariato sociale. La sede dei servizi comunali dista poche centinaia di metri dalla sede.	Nullo. In fase di progettazione l'integrazione con assistenza domiciliare e servizi sociali.		
Resistenze locali	Componenti della cittadinanza e della politica locale, contro l'accentramento degli ambulatori, resistenze contenute e superate grazie ad assemblee cittadine			Resistenze iniziali di alcuni medici alla obbligatorietà della sede unica		Resistenze da parte dei sindaci e degli operatori sanitari, soprattutto dei MMG, che vedono la loro identità di liberi professionisti (vs dipendenti SSN) messa a rischio dal progetto e dal lavoro in équipe		
Strumenti di monitoraggio degli outcome		Prevista la realizzazione di un set di indicatori di outcome e rilevazioni sulla qualità percepita	Rilevazioni sulla qualità percepita	Rilevazioni sulla qualità percepita	Inclusa nel monitoraggio regionale dei Nuclei delle cure primarie			

Allegato 2: Funzioni e requisiti delle Case della Salute (indagine C.R.E.A. Sanità 2019)

REGIONE EMILIA ROMAGNA

La Casa della Salute a bassa complessità assistenziale garantisce l'accesso alle seguenti funzioni:

- 1) accoglienza e orientamento (punto informativo);
- 2) amministrazione;
- 3) valutazione del bisogno;
- 4) assistenza del medico di medicina generale;
- 5) assistenza del pediatra di libera scelta;
- 6) assistenza infermieristica (ambulatorio prestazionale e ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità);
- 7) assistenza specialistica a supporto dei percorsi;
- 8) assistenza ostetrica;
- 8) assistenza sociale.

La Casa della Salute a media/alta complessità assistenziale (Hub) garantisce l'accesso H 12 alle funzioni presenti nella Casa della Salute a bassa complessità e alle seguenti funzioni:

- 1) accoglienza e orientamento (punto informativo);
- 2) amministrazione (Centro Unico di Prenotazione);
- 3) valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale, sportello sociale);
- 4) di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici, distribuzione farmaci);
- 5) prevenzione collettiva e sanità pubblica (es. vaccinazioni, screening);
- 6) ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità e ambulatorio prestazionale;
- 7) assistenza a favore della donna;
- 8) assistenza a favore dell'infanzia e delle giovani generazioni, e delle famiglie (consultorio familiare);
- 9) assistenza per problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche;
- 10) centro per i disturbi cognitivi e le demenze;
- 11) assistenza specialistica;
- 12) diagnostica strumentale ecografica e radiologica ed eventualmente anche chirurgia ambulatoriale
- 13) recupero e rieducazione funzionale;
- 14) assistenza domiciliare;
- 15) rete cure palliative.

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).

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 una Casa della Salute a media/alta complessità garantisca la risposta H24, ovvero abbia al suo interno il servizio di continuità assistenziale.

Fonte: DGR 291/2010 e DGR 2128/2016

REGIONE LAZIO

In Lazio la Casa della Salute ha quali obiettivi la qualità delle cure attraverso un continuum assistenziale, la promozione della sicurezza e la soddisfazione dei pazienti nonché l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. La Casa della Salute attiva specifici Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) relativamente alle principali patologie cronico degenerative e alle condizioni clinico assistenziali a maggior impatto sociale. Devono essere attivi almeno i percorsi per i pazienti diabetici e portatori di Bronco pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO). I PDTA della Casa della Salute presuppongono la presa in carico proattiva secondo il *Chronic Care Model*, con la partecipazione del *team* multidisciplinare e multiprofessionale (Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta ove presente, medico specialista territoriale e ospedaliero, infermiere e le altre eventuali figure professionali del caso). Inoltre è necessario prevedere modalità organizzative che garantiscano il passaggio da una fase prestazionale ad un percorso assistenziale di continuità in ambito specialistico per specifiche problematiche cliniche. Più in generale, la CdS ha quale obiettivo la progettazione di specifici percorsi assistenziali di presa in carico per le diverse attività specialistiche. Le funzioni assistenziali di base sono:

- 1) assistenza primaria, come previsto dall'Accordo collettivo nazionale, dall'Accordo integrativo regionale e dalle successive modifiche e integrazioni;
- 2) attività specialistiche ambulatoriali con particolare riferimento alle discipline di cardiologia, pneumologia, diabetologia/endocrinologia, oculistica ed eventualmente altre discipline specialistiche, anche in collegamento funzionale con altri presidi aziendali;
- 3) ambulatorio infermieristico;
- 4) il presidio di diagnostica per immagini;
- 5) il punto prelievi;
- 6) l'area dell'accoglienza;
- 7) CUP;
- 8) il Punto Unico di Accesso (PUA);
- 9) l'area del volontariato.

La Casa della Salute con moduli funzionali aggiuntivi, in relazione alle specificità dei singoli territori, può attivare uno o più dei seguenti moduli funzionali aggiuntivi:

- 1) Area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica;
- 2) Centri per i disturbi cognitivi e demenze - Centri territoriali esperti;
- 3) Centro/Sportello antiviolenza;
- 4) Centro Assistenza Domiciliare (CAD);
- 5) Assistenza ambulatoriale complessa (ad es. chirurgia ambulatoriale, Day service);
- 6) Attività fisica adattata;
- 7) Trattamento del dolore cronico, nell'ambito delle specifiche reti;
- 8) Telemedicina;
- 9) Screening;
- 10) Vaccinazioni;
- 11) Altri servizi sanitari e sociosanitari territoriali secondo le necessità e le risorse del territorio, da attivarsi secondo le specifiche normative vigenti.

Fonte: DCA 00228/2017

REGIONE LOMBARDIA

Il soggetto gestore del CReG, a fronte della corresponsione di una quota predefinita di risorse, deve garantire in continuità tutti i servizi extra-ospedalieri (ambulatoriale, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare, ecc.) necessari per una buona gestione clinico-organizzativa delle patologie croniche riconducibili ai CReG. In particolare, il soggetto gestore deve prendere in carico il paziente nel corso della malattia, occupandosi del reclutamento dei pazienti su base territoriale, del follow-up e del monitoraggio delle condizioni del malato secondo quanto prescritto dal PDTA. Deve quindi mantenere i contatti tra il paziente e le strutture di erogazione. Il gestore, infine, assicura una serie di servizi amministrativi (ad esempio, le pratiche per il rilascio dell'esenzione per patologia) con l'obiettivo di semplificare la gestione quotidiana della malattia.

Per svolgere tutti questi compiti, il soggetto coordinatore (gestore) deve disporre di un vero e proprio "Centro servizi" che deve rispettare precisi requisiti organizzativi e funzionali, tra i quali:

- 1) apertura dalle 8 alle 20 per 365 giorni l'anno, con la presenza di personale tecnico-sanitario che riceva aggiornamenti professionali annuali certificati;
- 2) organizzazione basata su un case manager per ogni paziente cronico, con la supervisione di un medico coordinatore;
- 3) attivazione di un EPR (electronic patient record) costantemente aggiornato con riferimento alle prestazioni sanitarie incluse nel PDT/profilo di cura. L'EPR dovrà essere integrato con il SISS di Regione Lombardia;
- 4) garanzia di specifici servizi: installazione a domicilio delle strumentazioni (ove necessario); triage clinico e tecnico; servizio di compliance farmacologica; programmi di formazione; sistema informativo con gestione degli allarmi;
- 5) conclusione di protocolli di intesa con altri soggetti coinvolti nell'assistenza al malato cronico (a partire dai medici specialisti, dai medici di continuità assistenziale e dalle strutture dell'Emergenza-urgenza);
- 6) esistenza di un sistema di valutazione della qualità del servizio, basato sia su indicatori di processo/risultato che su strumenti di customer satisfaction (servizio reclami).

Per esercitare il diritto di prelazione a loro riconosciuto, i MMG devono rivolgersi a società di servizi, che possono concretamente occuparsi di tutta una serie di attività gestionali (call center e prenotazione delle prestazioni; utilizzo sistemi informatici; installazione, utilizzo e manutenzione di apparecchiature per la telemedicina – home care, formazione, triage clinico e tecnico, sistemi d'allarme; consegna a domicilio di farmaci e ausili; trasporto; espletamento delle pratiche burocratiche e amministrative, ecc.). Il soggetto gestore del CReG conclude un contratto con l'ASL di riferimento, instaurando un rapporto di committenza. I contenuti dei contratti tra ASL e gestore riguardano:

- 1) aspetti amministrativi come le modalità di pagamento e di trasmissione delle informazioni;
- 2) forme di coinvolgimento e d'integrazione tra i MMG e gli specialisti dell'area ospedaliera;
- 3) forme di presa in carico del paziente (ad esempio, elenco degli assistiti, valutazione iniziale dei bisogni attesi per paziente, ecc.). Il contratto stipulato con la ASL deve, inoltre, contenere meccanismi di premialità o penalizzazione in base ai livelli qualitativi del servizio misurati attraverso indicatori di processo e di risultato.

Oltre alle tariffe di remunerazione del soggetto gestore, sono stati previsti altri due strumenti di governo clinico, che la disciplina regionale definisce "Pilastrini tecnologici" assieme alle tariffe:

- 1) un sistema informativo regionale in grado di individuare i soggetti cronici e monitorarne le fasi evolutive;
- 2) processi/percorsi diagnostico terapeutici (PDT) volti a identificare gli appropriati fabbisogni di cura per ciascuna patologia.

Essi devono costituire la base per la compilazione dei piani terapeutici individuali. I gruppi di patologie croniche per cui è stata determinata una tariffa CReG sono molteplici: il diabete, le insufficienze renali, le ipercolesterolemie, le asme/BPCO, i più diffusi disturbi cardiaci (dall'ipertensione allo scompenso, ad altre cardiopatie). Alle tariffe delle malattie croniche "principali" sono stati abbinati degli incrementi in caso di comorbidità, che coprono un ventaglio patologico complessivamente pari a 157 casi (DDG Sanità 4383/11).

Fonte: DGR IX/937/2010 e DGR IX/1479/2011

REGIONE MARCHE

Per quanto riguarda la Regione Marche la Casa della Salute per l'erogazione di cure integrate di Tipo A rappresenta la cerniera strutturale tra la medicina dell'assistenza primaria e l'erogazione di prestazioni infermieristiche e specialistiche distrettuali per gli ambiti di maggior prevalenza epidemiologica, al fine di implementare percorsi clinici integrati per le patologie di maggior impatto. Pertanto, accanto all'attività dei MMG sono previsti ambulatori specialistici e personale infermieristico. Le altre tipologie di servizi potranno essere facoltativamente presenti (a partire dall'integrazione con i servizi sociali) in funzione delle peculiari possibilità del territorio e in un'ottica di coerenza organizzativa della struttura.

In sintesi, tale tipologia di Casa della Salute prevede le seguenti funzioni:

- 1) Accoglienza, accettazione, assistente studio;
- 2) Attese;
- 3) CUP;
- 4) Studio MMG Associato/ di Gruppo e Tirocini Professionalizzanti per la formazione degli MMG;
- 5) Attività specialistiche;
- 6) Assistenza domiciliare;
- 7) Assistenza residenziale;
- 8) Continuità assistenziale H12.

Sono invece servizi facoltativi:

- 1) Ambulatorio infermieristico;
- 2) Ambulatorio Osservazione/Terapie;
- 3) Ambulatorio ostetrico;
- 4) Punto prelievi;
- 5) Poliambulatorio;
- 6) Diagnostica Tradizionale;
- 7) Attività ecografiche;
- 8) Coordinamento cure domiciliari;
- 9) Recupero e riabilitazione funzionale;
- 10) Centro salute mentale;
- 11) Neuropsichiatria infantile;
- 12) Consultorio familiare;
- 13) Unità Valutative;
- 14) Screening pap-test;
- 15) Screening mammografico;
- 16) Commissioni medico/legali;
- 17) Distribuzione protesi.

Tale tipologia può organizzarsi fino ad un massimo di 12 ore

La Casa della Salute per l'erogazione di cure integrate e residenzialità di Tipo B prevede tutte le funzioni della tipologia precedente. Ciò che connota l'incremento della taglia organizzativa è:

- 1) la copertura continuativa del servizio delle cure primarie (con completa integrazione tra l'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale ed eventualmente i Medici in Formazione) e con la facoltà della presenza dei PLS;
- 2) la possibilità di prevedere un modulo di degenza residenziale a ciclo continuativo a finalizzazione sanitaria o socio-sanitaria, a seconda delle esigenze del territorio di riferimento;
- 3) un maggior sviluppo dei servizi diagnostico-terapeutici;
- 4) l'integrazione con i servizi sociali per la presa in carico globale;
- 5) la prevenzione che prevede almeno la presenza delle funzioni di vaccinazione e certificazione, mentre la presenza dello screening viene valutata sulla base delle esigenze del bacino di utenza.

In sintesi, tale tipologia prevede le seguenti funzioni:

- 1) Accoglienza, accettazione, assistente studio;
- 2) Attese;
- 3) CUP;
- 4) Studio MMG Associato/Gruppo e Tirocini Professionalizzanti Formazione MG;
- 5) Attività specialistiche;
- 6) Assistenza domiciliare;

- 7) Assistenza residenziale;
- 8) PLS;
- 9) Continuità assistenziale fino a H12;
- 10) Attività ecografica;
- 11) Vaccinazioni;
- 12) Certificazioni;
- 13) Ambulatorio infermieristico;
- 14) Ambulatorio Osservazione/Terapie;
- 15) Ambulatorio ostetrico;
- 16) Distribuzione protesi;
- 17) Coordinamento cure domiciliari.

Sono servizi facoltativi:

- 1) PUA;
- 2) Punto prelievi;
- 3) Poliambulatorio;
- 4) Diagnostica Tradizionale;
- 5) Recupero e riabilitazione funzionale;
- 6) Palestra polivalente;
- 7) Centro salute mentale;
- 8) Neuropsichiatria infantile;
- 9) RSA Residenza Protetta;
- 10) Centro diurno psichiatrico;
- 11) Consultorio familiare;
- 12) Centro diurno anziani;
- 13) Centro diurno disabili;
- 14) Unità Valutative;
- 15) Screening pap-test;
- 16) Screening mammografico;
- 17) Commissioni medico/legali.

Tale tipologia può organizzarsi da 12H fino a 24H

La Casa della Salute di Tipo C, derivante dalla riconversione delle piccole strutture ospedaliere, prevede i setting assistenziali dei livelli precedenti, ma ciò che differenzia tale tipologia è:

- 1) la completa integrazione socio-sanitaria con la presenza delle Unità di Valutazione Integrata;
- 2) presenza di almeno un modulo di degenza residenziale a ciclo continuativo a finalizzazione sanitaria o socio-sanitaria, a seconda delle esigenze del territorio di riferimento;
- 3) un maggiore sviluppo dei servizi diagnostico – terapeutici con la previsione della presenza della Diagnostica Tradizionale non contrastografica;
- 4) possibilità di Punti di Primo Intervento territoriali organizzati secondo la complessità del territorio di riferimento ed in coerenza con la rete dell'emergenza-urgenza;
- 5) possibilità di prevedere funzioni ospedaliere (day surgery o one-day surgery, lungodegenza, riabilitazione intensiva).

In sintesi tale tipologia prevede le seguenti funzioni:

- 1) Accoglienza, accettazione, assistente studio;
- 2) Attese;
- 3) CUP;
- 4) PUA;
- 5) Studio MMG Associato/Gruppo e Tirocini Professionalizzanti Formazione MG;
- 6) Ambulatorio infermieristico;
- 7) Continuità assistenziale H24;
- 8) Ambulatorio Osservazione/Terapie;
- 9) Ambulatorio ostetrico;
- 10) Ambulatorio specialistico;
- 11) Punto prelievi (+ screening colon);
- 12) Poliambulatorio;
- 13) Diagnostica Tradizionale;
- 14) Ambulatorio eco;
- 15) Coordinamento cure domiciliari;

- 16) Assistenza domiciliare;
 - 17) Assistenza residenziale;
 - 18) Unità Valutative;
 - 19) consultorio familiare;
 - 20) Vaccinazioni;
 - 21) Screening pap-test;
 - 22) Certificazioni;
 - 23) Uffici - Area riunioni;
 - 24) Sala polivalente;
 - 25) Distribuzione protesi;
 - 26) PLS;
 - 27) RSA Residenza Protetta;
 - 28) Centro residenziale psichiatrico;
 - 29) centro residenziale disabili;
 - 30) Altre tipologie residenziali;
 - 31) Recupero e riabilitazione funzionale;
 - 32) Palestra polivalente;
 - 33) Centro salute mentale;
 - 34) Neuropsichiatria infantile;
 - 35) Centro diurno psichiatrico;
 - 36) Centro diurno anziani;
 - 37) Centro diurno disabili;
 - 38) Punto primo intervento territoriale;
 - 39) Automezzi servizi sanitari.
- Sono servizi facoltativi:
- 1) Centro dipendenze patologiche;
 - 2) Hospice;
 - 3) Funzioni ospedaliere;
 - 4) CAD;
 - 5) Screening colon retto (secondo livello);
 - 5) Screening mammografico;
 - 6) Commissioni medico/legali.
- Tale tipologia è organizzata H24.

Fonte: DGR 452/2014

REGIONE PUGLIA

In Puglia il PTA è un sistema di erogazione di servizi in rete che permette di intercettare capillarmente le richieste sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini e di soddisfarle in modo appropriato. La tipologia dei servizi da prevedere nell'ambito di ciascun PTA può variare in funzione delle caratteristiche del territorio, della densità della popolazione, del quadro epidemiologico della popolazione assistita e della offerta sanitaria presente sul territorio. Pertanto, la definizione degli specifici servizi sanitari, sociosanitari e sociali da implementare all'interno di ciascun PTA sarà effettuata dalla Azienda Sanitaria Locale di riferimento Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) Servizi di base obbligatoriamente presenti sono:

- 1) Accoglienza-accettazione;
- 2) Spazi di attesa comuni;
- 3) Punto informazione (URP) per i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- 3) Accesso Unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino);
- 4) CUP-Ticket;
- 5) Ufficio Anagrafe Assistibili;
- 6) Sportello Protetica/Assistenza farmaceutica integrativa/Farmacia Territoriale (punti di distribuzione);
- 7) Punto prelievo;
- 8) Diagnostica radiologica ed ecografica;
- 9) Poliambulatorio (di base);
- 10) Ambulatorio per le cronicità (destinato alla gestione delle principali cronicità);
- 11) Ambulatorio infermieristico;
- 12) Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- 13) Continuità assistenziale;
- 14) Postazione emergenza-urgenza;
- 15) PUA.

Servizi che è possibile trovare nel PTA sono i seguenti:

- 1) Accoglienza-accettazione;
- 2) Spazi di attesa comuni;
- 3) Punto informazione (URP) per i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- 4) Accesso Unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino);
- 5) CUP-Ticket;
- 6) Ufficio Anagrafe Assistibili;
- 7) Sportello Protetica/Assistenza farmaceutica integrativa/Farmacia Territoriale (punti di distribuzione);
- 8) ufficio assistenza all'estero;
- 9) Associazioni di volontariato;
- 10) Punto prelievo;
- 11) Diagnostica radiologica ed ecografica;
- 12) Diagnostica di supporto agli screening oncologici;
- 13) Diagnostica avanzata {endoscopia, TAC /RMN};
- 14) Poliambulatorio (di base, di II o III livello);
- 15) Ambulatorio per le cronicità;
- 16) Day Service medici;
- 17) Day Service chirurgici;
- 18) Ambulatori servizi territoriali afferenti alle reti cliniche e aziendali;
- 19) Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD);
- 19) Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);
- 20) Ambulatorio infermieristico;
- 21) Postazione 118;
- 22) Servizio Consulenza Ambulatoriale Pediatrica;
- 23) Associazionismo complesso dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- 24) ADI / Cure Domiciliari Integrate;
- 25) Continuità Assistenziale;
- 26) Porta Unica di Accesso (PUA);
- 27) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);
- 28) Ufficio Servizio Sociale professionale;

- 29) Presa in carico e gestione delle dimissioni protette;
- 30) Vaccinazioni;
- 31) Sicurezza sul lavoro;
- 32) Medicina legale e fiscale;
- 33) Screening;
- 34) Sicurezza alimentare e Sanità animale;
- 35) Commissione invalidi;
- 36) Centro Riabilitazione Ambulatoriale;
- 37) Trattamenti Domiciliari;
- 38) Centro Salute Mentale;
- 39) Neuropsichiatria infantile;
- 40) SerT;
- 41) Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie);
- 42) Consultorio familiare;
- 43) Centro di Orientamento Oncologico (CORO);
- 44) Residenze sanitarie;
- 45) Ospedale di Comunità;
- 46) Hospice;
- 47) Centro risvegli;
- 48) Centro residenziale per i Disturbi del Comportamento alimentare (DCA);
- 49) Centro dialisi;
- 50) Centro diurno per disabili;
- 51) Centro diurno per pazienti psichiatrici;
- 52) Centro diurno demenze;
- 53) Centro semiresidenziale per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA),
- 54) Uffici di direzione DSS/Uffici amministrativi;
- 55) Uffici periferici di Aree (amm.ve e tecniche);
- 56) Magazzino (protesica/economato);
- 57) Sala riunioni/conferenza.

Fonte: Regolamento regionale 7/2019

REGIONE SICILIA

In Sicilia sono previste le seguenti funzioni per i PTA:

- 1) Accesso alle cure: il PTA è il punto di accesso unico ai servizi sanitari, collegato al CUP (Centro Unico di Prenotazione) aziendale ed al PUA (Punto o Sportello Unico di Accesso alle Cure domiciliari) distrettuali;
- 2) Assistenza sanitaria di base, specialistica e diagnostica: quest'area include l'attività amministrativa legata all'assistenza di base (scelta del medico, esenzioni, patenti speciali, etc.), l'attività erogativa riguardante le protesi, gli ausili, i presidi, i farmaci ad erogazione diretta, etc. e la gestione delle cure primarie. Particolarmente importante è il collegamento del PTA con l'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dai Medici di Continuità Assistenziale (MCA), dagli Specialisti convenzionati interni ed esterni. Per poter realizzare un effettivo collegamento tra l'associazionismo dei MMG/PLS e la specialistica, quest'ultima andrà riorganizzata attraverso la costituzione di team multi-professionali (specialisti delle diverse discipline, infermieri e altro personale capace di sviluppare "percorsi assistenziali" personalizzati);
- 3) Punti di Primo Intervento (PPI): il PPI rappresenta la modalità organizzativa attraverso la quale il PTA potrà offrire un punto di riferimento alternativo all'ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi). I PPI saranno gestiti attraverso la rete delle cure primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale) e saranno supportati dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali ivi operanti. La presenza, quindi, della diagnostica essenziale e della possibilità di consulenza specialistica ed infermieristica costituiscono una potenzialità significativa per la gestione dei casi;
- 4) Rete delle cure domiciliari: il "punto unico di accesso alle cure domiciliari" sarà integrato alla rete CUP. Le cure a domicilio costituiscono un'ampia area di assistenza sia sanitaria che sociale;
- 5) Altre forme di assistenza territoriale: la L.R. 5/2009 fa riferimento alla stretta connessione del PTA con gli altri servizi assistenziali del territorio, come il complesso ambito della prevenzione, il materno-infantile e l'area consultoriale, la salute mentale, la medicina legale e fiscale in tutte le sue componenti e tutti gli altri servizi del distretto. In ogni caso il PTA dovrà garantire l'accesso e la risposta uniforme anche per servizi non fisicamente aggregati con cui sarà mantenuta una stretta integrazione di natura organizzativa-operativa;
- 6) Il PTA potrà prevedere anche il collegamento con un Punto Territoriale di Emergenza (PTE): incluso nella rete dell'Emergenza-Urgenza, qualora vi siano effettive necessità connesse all'erogazione del servizio (ad esempio, per i presidi extracittadini distanti dalle strutture ospedaliere dotate di pronto soccorso). Nel PTE potrà essere prevista, oltre alla Guardia Medica, la dotazione di servizi specifici capaci di rispondere a situazioni di emergenza-urgenza di diverso livello (ad esempio l'auto medicalizzata, la postazione di elisoccorso).

Fonte: L.R. 5/2009

REGIONE TOSCANA

In Toscana a sono previste le seguenti funzioni per le Case della Salute:

- 1) facilitare e semplificare l'accesso della popolazione ai servizi territoriali, assicurando l'accoglienza e l'orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali e garantendo l'equità di accesso nelle varie aree geografiche;
- 2) fornire una struttura in cui erogare alla popolazione le prestazioni previste dai LEA per l'assistenza primaria in modo integrato e coordinato;
- 3) fornire una struttura che risponda ai bisogni di base che non necessitano di ricorso all'ospedale;
- 4) fornire una struttura in cui sviluppare il sistema di presa in carico proattiva e precoce dei malati cronici, tramite la sanità d'iniziativa, finalizzata al rallentamento dell'evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze;
- 5) costituire la sede territoriale dove svolgere attività di diagnostica di 1° livello; assicurare la continuità assistenziale attraverso l'implementazione di percorsi integrati fra ospedale e territorio, soprattutto per i malati cronici;
- 6) garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale;
- 7) essere un luogo ove attuare interventi di prevenzione e promozione alla salute; valorizzare le potenzialità degli assistiti per la gestione del proprio processo di cura con progetti specifici sul paziente esperto;
- 8) garantire la presenza di medici specialisti, convenzionati o dipendenti, finalizzata ad assicurare la risposta ai bisogni all'interno dei percorsi individuali finalizzati sia alla gestione della cronicità, sia all'erogazione di consulenze specialistiche/diagnostiche per le urgenze di comunità

Fonte: DGRT 117/2015