

# La Casa della Comunità come piattaforma erogativa decentrata dell'ospedale hub.

## Il caso servizi oncologici della Casa della Salute di Bettola (AUSL PC)\*

Michela Bobini, Giovanni Fattore, Francesco Longo, Francesca Meda\*\*

Nel contesto attuale degli urgenti e importanti investimenti per lo sviluppo dell'assistenza di comunità, così come previsti dal Piano di Ripresa e Resilienza italiano, il presente articolo si prefigge un duplice obiettivo: (a) descrivere un modello di decentramento erogativo di servizi specialistici di norma gestiti presso ospedali hub, capace di valorizzare le Case della Comunità come una rete di setting erogativi di prossimità, e (b) analizzare le determinanti di contesto e i driver manageriali azionabili per disegnare, implementare e consolidare un'innovazione di servizio di tipo *transformational change*. Per rispondere alle domande di ricerca, l'articolo presenta il caso di un'innovazione trasformativa in una Casa della Salute

in un'area montana dell'Azienda Sanitaria piacentina. Descrive come, a seguito di un graduale processo di decentramento sui servizi oncologici, la Casa della Salute di Bettola, comune di 2.600 abitanti, eroghi settimanalmente cure oncologiche decise dal Dipartimento di Oncologia dell'Ospedale AUSL di Piacenza ma erogate localmente da due professionisti oncologici (un medico e un infermiere). Il successo di questo caso si basa sulla convergenza della gestione e della leadership clinica, sul gradualismo dell'intero decentramento dei servizi oncologici, sulla motivazione di professionisti e pazienti e su un'attenta attenzione alle problematiche logistiche. Questo caso può servire come prototipo per le repliche in altri contesti e per l'introduzione di innovazioni simili in altre aree terapeutiche.

**Parole chiave:** Casa della Salute, oncologia, decentramento, territorio, *change management*, innovazione di processo.

### S O M M A R I O

1. Inquadramento e rilevanza del tema
2. Review della letteratura
3. Metodologia
4. Risultati
5. Conclusioni

\* Si ringrazia Roche Italia s.p.a. per il supporto finanziario incondizionato alla stesura del caso. Si ringraziano inoltre tutte le persone intervistate: Luca Baldino, Luigi Cavanna, Serena Caprioli, Gabriele Cremona, Enrico Forelli, Lisa Groppi, Fabio Ottilia, Manuela Proietto, Stefania Polliti, Alessandra Riva, Stefano Vecchia.

Michela Bobini, CeRGAS-SDA, Università Bocconi.

Giovanni Fattore, CeRGAS-SDA, Università Bocconi.

Francesco Longo, CeRGAS-SDA, Università Bocconi.

Francesca Meda, CeRGAS-SDA, Università Bocconi.

**The Community House as decentralized platform of a Hub hospital. The case of oncology services delivered by the Health House of Bettola (AUSL, Piacenza, Italy)**

*In the current context of the urgent and important investments for the development of community assistance, as envisaged by the Italian Recovery and Resilience Plan, this article has a twofold objective: (a) to describe a model of decentralization of the provision of specialized services normally managed at hub hospitals, capable of enhancing the Community Houses as a network of proximity delivery settings and (b) analyze the context determinants and managerial drivers that can be operated to design, implement and consolidate a transformational change service innovation. The article presents the case of a transformative innovation in a “Casa della Salute” (House of Health) in a mountain area of the Piacenza Health Authority. It describes how, following a gradual process of decentralization on oncologic services, the House of Health of Bettola, a municipality of 2,600 inhabitants, delivers weekly oncological treatments decided by the Oncologic Unit of the Piacenza Hospital but locally delivered by two oncology professionals (one doctor and one nurse). The success of this case relies on the convergence of management and clinical leadership, the gradualism of the entire decentralization of oncologist services in the Health Authority, the motivation of professionals and patients and a careful attention to logistic issues. This case may serve as a prototype for replications in other settings and for introducing similar innovations in other therapeutic areas.*

*Keywords: House of Health, oncology, decentralization, territory, change management, innovation redesign.*

Articolo sottomesso: 08/04/2022, accettato: 08/06/2022

### **1. Inquadramento e rilevanza del tema**

Per riparare ai gravi danni sociali ed economici causati dalla pandemia, l'Unione Europea ha potenziato il proprio bilancio pluriennale 2021-2027 con un programma di finanziamento straordinario: il Next Generation EU (NGEU) conta infatti una quantità complessiva di risorse pari a 750 miliardi di euro. Il NGEU non è solamente un ammontare cospicuo di risorse, ma piuttosto uno strumento programmatico di ripresa economica attraverso cui l'Unione intende dare forma ai pilastri cardine della propria visione strategica per il futuro: transizione ecologica, trasformazione digitale, coesione sociale, territoriale e di genere, crescita sostenibile e inclusiva, politiche di sostegno per le nuove generazioni, salute e resilienza istituzionale. Il nostro Paese ha fatto propri questi principi fondamentali attraverso l'elaborazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che prevede l'impiego di 191,5 miliardi di euro. Il Piano si articola in sei Missioni e, tra queste, la Missione 6 è quella dedicata alla sanità e si articola in due componenti principali: da un lato, il potenziamento dell'assistenza territoriale tramite la creazione di nuove strutture, quali gli Ospedali di Comunità e le Case della Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina; dall'altro, la digitalizzazione e il rafforzamento del capitale umano del SSN attraverso il potenziamento della ricerca e

della formazione (Anessi-Pessina *et al.*, 2021). Per il potenziamento dell'assistenza territoriale, come per tutti gli altri ambiti di intervento identificati dal PNRR, non si possono considerare per l'investimento solo gli aspetti di natura infrastrutturale (tecnologie mediche, edilizia, ICT ecc.) ma si deve prestare attenzione a ciò che oggi manca in termini di ridisegno delle caratteristiche dei servizi per gli utenti, reingegnerizzazione dei processi di lavoro e sviluppo di competenze tecnico-specialistiche necessarie ma oggi insufficienti nel SSN. In questo senso l'investimento del PNRR è da intendersi come esteso anche alla formazione di nuovo capitale umano (professionale) e organizzativo. Il modello della Casa della Comunità, inizialmente denominato Casa della Salute (CDS), trova un primo input normativo nell'ambito della Legge Finanziaria del 2007, con cui furono stanziati risorse *ad hoc* per la sua sperimentazione. A partire da una definizione di massima della CDS – che la caratterizza come “una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie” – nelle varie regioni si sono materializzate più declinazioni. Nella maggior parte delle situazioni si parla di CDS, e più recentemente di Case della Comunità (CDC), ma le nuove (o rinnovate) strutture del territorio possono anche assumere diverse denominazioni: Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS). In Regione Lombardia le nuove strutture di riferimento sono le CDC che andranno a rimodulare l'esperienza oggi rappresentata dai Presidi Socio-Sanitari

Territoriali (PreSST). Del Vecchio *et al.* (2016) già evidenziavano la peculiare natura fluida e in evoluzione del modello “con realizzazioni ancora deboli nella loro affermazione”. La stessa definizione e il significato di CDS sono cambiati nel tempo e continuano a evolvere. Se nelle fasi iniziali di introduzione delle nuove strutture ha concorso ampiamente la necessità di trovare una soluzione ai problemi posti dalla riconversione dei piccoli ospedali, negli anni più recenti l'evoluzione delle nuove configurazioni è sempre più accompagnata da altre spinte e motivazioni: esigenze politiche di rinsaldare i legami con la comunità, tensioni ideali ancorate all'affermazione di nuovi modelli di cura di prossimità e anche tendenze di carattere più funzionale focalizzate alla semplificazione dell'accesso e al miglioramento dell'esperienza di utilizzo dei servizi (Giudice *et al.*, 2021). Le opportunità offerte dalle tecnologie e le sfide poste da contesti socio-demografici di riferimento sempre più differenziati e interconnessi nella risposta agli utenti e comunità servite (soprattutto in aree urbane e a più alta densità d'offerta) portano a considerare profili evolutivi diversi per il modello atteso di Casa della Comunità. Il dibattito sulle possibili evoluzioni (non solo fisiche) del modello è comunque appena iniziato. I quadri normativi e concettuali sono ancora fortemente legati alle formulazioni delle origini e la concentrazione fisica continua a rappresentare l'elemento fondante e prevalente nei disegni delle regioni e condiziona ancora le realizzazioni, trascurando l'evidente necessità di riconfigurare il mix di servizi tra fisici e digitali, soprattutto nell'ambito prevalente rappresentato dalle condizioni di cronicità stabilizzate.

A oggi, si riscontra dunque una mancanza di modelli consolidati e validati per il

potenziamento dell'assistenza territoriale (quali servizi, quali utenti, quali competenze dei professionisti e quali modelli assistenziali); diviene quindi urgente produrre evidenze su come “popolare” di servizi le Case della Comunità in modo tale che queste risorse vengano impiegate in modo efficace, garantendo un effettivo sviluppo di lungo periodo, che generi crescita economica e sociale generale in modo che quest'ultima permetta di sostenere e ripagare il debito contratto. In altre parole, occorre lavorare per cogliere l'opportunità delle risorse del PNRR per investire verso nuovi modelli assistenziali che siano coerenti con i mutamenti dei bisogni e che rendano il sistema sanitario maggiormente sostenibile.

A questo proposito non mancano però esperienze che potrebbero rappresentare un utile riferimento per far progredire le attuali e future progettualità delle Case della Comunità. Un caso di estremo interesse è il servizio di prossimità, integrato tra il Dipartimento di Onco-Ematologia e i Dipartimenti delle Medicine e delle Cure Primarie dell'AUSL di Piacenza, che mette in rete l'ospedale hub con le unità operative di medicina sul territorio nei tre presidi erogativi periferici, ovvero due ospedali spoke e la Casa della Salute di Bettola, per consentire ai malati residenti nelle zone più decentrate della provincia di vedere garantite le stesse opportunità di cura di chi vive vicino alla città e, di conseguenza, vicino all'ospedale principale (Cavanna *et al.*, 2021). Come sottolineato in Cavanna *et al.* (2021), negli ultimi decenni, si è registrato un aumento della sopravvivenza anche per malati oncologici con forma avanzata metastatica e si è progressivamente entrati in una fase di cronicizzazione della malattia con necessità di terapie, controlli, esami clinici ripetuti nel tempo, spesso

per tutta la durata della vita. L'evidenza dell'invecchiamento dei cronici va correlata con la geografia emergente della distribuzione della popolazione: nelle aree interne prevalgono sempre più proprio gli anziani, mentre i giovani tendono a spostarsi nelle aree limitrofe alle città. La distanza dal luogo di cura e i disagi legati al viaggio per raggiungere le strutture d'offerta (*travel burden*) sono tra gli elementi che possono influenzare negativamente sia l'aderenza alle cure sia, di conseguenza, la qualità della vita e la sopravvivenza dei pazienti. Infatti sono ancora tanti gli ostacoli che deve affrontare un malato di tumore: ostacoli di natura economica, sanitaria, sociale, psicologica e anche familiare, che spesso si acquiscono per i residenti nelle aree interne e quindi più decentrate. Nella realtà di Piacenza si è cercato di rispondere a questi bisogni dei malati oncologici non solo in termini clinici ma tenendo in considerazione la geografia della provincia e la distribuzione della popolazione complessiva anche in aree suburbane, rurali e montane. Da giugno 2016 a tutti i malati residenti in Val Nure (media e alta valle) già in cura e a quelli di nuova diagnosi presso l'UOC di Oncologia di Piacenza, è stata data la possibilità di scelta, previa informazione dettagliata, tra il proseguire le cure oncologiche presso l'ospedale hub di Piacenza oppure presso la Casa della Salute situata in media Val Nure, nel Comune di Bettola, che dista 33 km di strade provinciali dall'ospedale hub (tempo di percorrenza in auto 40' per tratta). La Casa della Salute è organizzata come una struttura con più ambulatori in cui vengono fornite prestazioni da parte di specialisti di varie discipline, oltre a medici di medicina generale, infermieri e operatori socio-sanitari. L'organizzazione del-

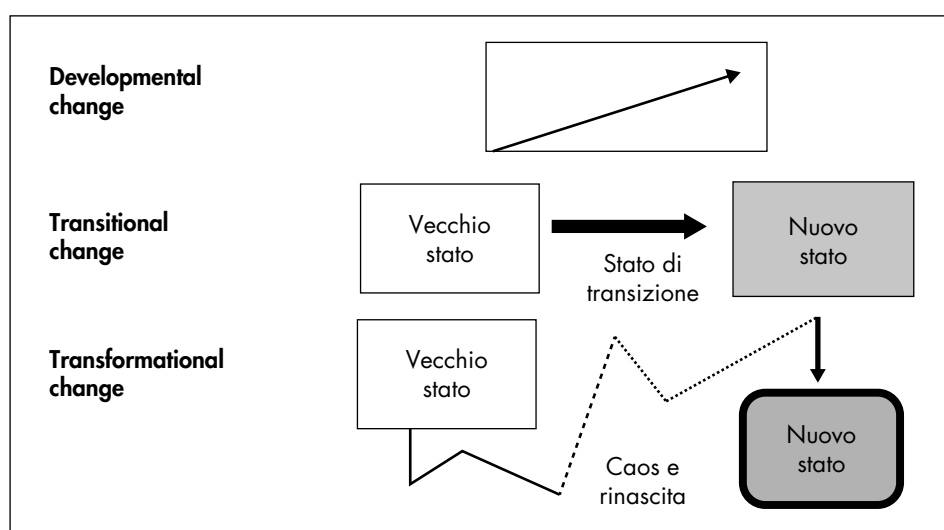
l'attività oncologica prevede la presenza di un team medico infermieristico dedicato, di un medico oncologo e di un infermiere di oncologia dell'ospedale hub di Piacenza, un giorno alla settimana, che si affiancano ai professionisti residenti nella CDS. Oltre alla valutazione clinica dei malati candidati alla chemioterapia o alla terapia di supporto, vengono effettuati prelievi per esami ematochimici e alcuni esami strumentali non invasivi (Cavanna *et al.*, 2021). Il modello del servizio oncologico nella Casa della Salute di Bettola è un caso studio di grande interesse perché rappresenta un modello innovativo per l'erogazione delle cure oncologiche, per il successo implementativo di un'innovazione trasformativa in un contesto organizzativo complesso che opera già da molti anni, garantendo una base dati di valutazione retrospettiva.

## 2. Review della letteratura

Negli ultimi decenni, un vasto numero di ricerche si è focalizzato sul tema dell'innovazione dei servizi. In ambito sanitario, possiamo definire un'innova-

zione nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi come: un insieme di comportamenti, routine e modalità, insieme a qualsiasi tecnologia e sistema amministrativo associato, che sono percepiti come nuovi da una parte dei portatori di interessi chiave; collegati alla fornitura o al sostegno dell'assistenza sanitaria; in discontinuità con la pratica precedente; tesi a migliorare i risultati di salute, l'efficienza amministrativa, il rapporto costo-efficacia o l'esperienza dell'utente; attuati mediante azioni pianificate e coordinate da individui, team o organizzazioni. Tali innovazioni possono o meno essere associate a una nuova tecnologia sanitaria (Greenhalgh *et al.*, 2004). In aggiunta, possiamo leggere le diverse innovazioni classificandole secondo il grado di cambiamento organizzativo che la loro realizzazione comporta. Come riportato in Fig. 1, possiamo distinguere le seguenti tre tipologie di cambiamento nell'ambito delle organizzazioni (Ackerman Anderson, 1986):

- 1) il *developmental change* rappresenta il miglioramento o la correzione di



**Fig. 1**  
Tipologie di cambiamento organizzativo



qualcosa che già esiste nell'organizzazione, assicurando così una migliore performance, continuità e maggiore soddisfazione di utenti e personale. Lo sforzo per l'implementazione del cambiamento è in questo caso minimo, trattandosi di un cambiamento incrementale della situazione data. Questa tipologia di cambiamenti si verifica per esempio a seguito di attività di formazione, team building, negoziazione o iniziative di miglioramento nel ciclo produttivo;

- 2) nel *transitional change*, invece di migliorare quello che c'è, si attiva un cambiamento che sostituisce ciò che c'è con qualcosa di nuovo. Per raggiungere questo nuovo stato, l'organizzazione deve smantellare il precedente modo di operare e passare attraverso una fase di transizione. Questa tipologia di cambiamento si verifica a seguito di riorganizzazioni, semplici fusioni o consolidamenti, introduzione di nuove tecnologie che non richiedono grandi cambiamenti in termini di comportamenti e prassi operative.

Il *transitional change* offre a tutti gli stakeholder l'opportunità di poter immaginare e prevedere con ragionevole certezza il punto di approdo del processo di cambiamento, potendone quindi valutare vantaggi e svantaggi, favorendo anche una transizione cognitiva protetta da un senso di sicurezza e sufficiente vicinanza alla propria comfort zone;

- 3) il *transformational change* è infine un cambiamento più radicale che prevede un passaggio così significativo da uno stato d'essere a un altro da richiedere un cambiamento di cultura, comportamento e mentalità affinché sia attuato con successo

e sia mantenuto nel tempo. Questo cambiamento deriva da innovazioni così estreme da cambiare non solo le pratiche interne all'organizzazione, ma anche le modalità di relazionarsi con l'ambiente esterno. Esso ha un esito non prevedibile che comporta più forti resistenze da parte degli stakeholder che non riescono a prevedere potenziali vantaggi/svantaggi e percepiscono la distanza attesa dalla propria comfort zone cognitiva ed emotiva di lavoro.

Uno dei pilastri della letteratura, in tema di innovazione, sono sicuramente i lavori di Everett Rogers (1995; 2004), che per primo ha reinterpretato il concetto di diffusione di un'innovazione come un processo di comunicazione dell'innovazione stessa tra i membri di un sistema sociale. La teoria di Rogers si sofferma sulla velocità con cui differenti individui adottano un'innovazione e ipotizza alcune caratteristiche che possono incidere in modo rilevante sul tasso di adozione di un'innovazione. Inoltre, il modello descrive un processo lineare di adozione di un'innovazione, articolandolo in cinque distinte fasi, ovvero: i) *conoscenza*, quando l'individuo diventa in qualche modo consapevole di un'innovazione apprendendone informazioni rilevanti; ii) *persuasione*, la fase in cui l'individuo forma un'opinione favorevole o contraria; iii) *decisione*, quando l'individuo fa qualcosa per perseguire una scelta; iv) *implementazione*, quando l'individuo, che ha scelto di adottare l'innovazione, la implementa; v) *mantenimento*, la fase in cui l'innovazione è già stata implementata ma l'individuo fa qualcosa per rinforzare la propria scelta.

Come sottolineato da Greenhalgh *et al.* (2004), la principale debolezza del modello risiede nel considerare come oggetto di analisi innovazioni semplici, basate su un prodotto, per le quali l'unità di adozione è il singolo individuo e la diffusione avviene per mezzo della semplice imitazione (Rogers, 1995). Inoltre, il modello si concentra sulla singola persona, trascurando la dimensione sociale dei processi di cambiamento. Risulta quindi difficile applicare questo modello in un settore come quello sanitario, caratterizzato da innovazioni particolarmente complesse, basate su processi appartenenti a organizzazioni erogatrici di servizi, per le quali l'unità di adozione è il team, il dipartimento o l'organizzazione in cui si renderanno necessari vari cambiamenti sia a livello di struttura sia di attività svolte. Inoltre, la letteratura ci insegna che, affinché un'innovazione abbia successo, non basta che sia adottata; spesso implementare un'innovazione in contesti organizzativi è molto più complesso che decidere di adottarla (Klein & Sorra, 1996; Orlikowski, 2000). Secondo alcuni, il ritardo nell'implementazione potrebbe essere attribuito alla rapida evoluzione della ricerca scientifica che ha superato la capacità di assorbimento di innovazione (*absorptive capacity*) delle organizzazioni sanitarie o della società in generale (Zahra *et al.*, 2002). Nell'ambito degli studi di management e organizzazione, diverse ricerche hanno sottolineato sia la rilevanza di alcune determinanti strutturali delle innovazioni organizzative (Damanpour, 1991, 1992, 1996), sia l'importanza dei processi, del contesto e della cultura organizzativa in ottica di adozione, implementazione e infine routi-

nizzazione di un'innovazione (Van De Ven *et al.*, 1999). Tuttavia la maggior parte degli studi di management, anche in sanità, tende a concentrarsi sul tasso e sul tempo di adozione e diffusione delle innovazioni di una tecnologia o di una procedura clinica specifica (Denis *et al.*, 2002; Ferlie *et al.*, 2005; Robert *et al.*, 2010; Boscolo *et al.*, 2019). Solo più recentemente il filone relativo alla scienza dell'implementazione (implementation science, IS) è stato declinato per studiare come migliorare e facilitare l'assorbimento di innovazioni tecnologiche e di processi puntuali, interventi e procedure di comprovata efficacia in modo da aumentare il loro impatto sugli outcome di salute (Eccles *et al.*, 2006).

A oggi, rimangono però ancora limitati gli studi che hanno analizzato i processi di adozione dell'innovazione di servizi, illustrando come le caratteristiche tecniche di un'innovazione sono solo uno dei tanti fattori che determinano il positivo utilizzo dell'innovazione e la sua "routinizzazione" nei processi aziendali. Alcuni studiosi hanno sottolineato l'importanza della leadership nella gestione del cambiamento (Edmondson *et al.*, 2001; Hendy *et al.*, 2012, Compagni *et al.*, 2015), nella ridefinizione delle strutture organizzative e dei ruoli associati all'utilizzo delle innovazioni (Barley, 1986, 1990; Black, 2004; Buchanan *et al.*, 2007; Valentine *et al.*, 2015). Altri hanno sottolineato le differenze tra processi di gestione del cambiamento, top-down e bottom-up, apprendimento organizzativo "guidato" o spontaneo e le implicazioni di queste differenze per la sostenibilità dell'innovazione (Boscolo *et al.*, 2019). Ciò che emerge in modo chia-

ro da questi studi è che implementare un'innovazione in contesti organizzativi richiede di ridisegnare alcuni aspetti delle organizzazioni stesse, dalle strutture ai processi, con forti impatti sui modelli di servizio (Boscolo *et al.*, 2019). Talvolta i sistemi sanitari non riescono a fornire trattamenti dimostrati essere costo-efficaci e che implicano un aumento della qualità della vita del paziente, continuando a usare trattamenti che funzionano meno e sono più costosi. Tuttavia non appare ancora con chiarezza quale processo sia raccomandabile seguire per ridisegnare le caratteristiche dei modelli di servizio, e chi investire della responsabilità di farlo, in modo tale da assimilare l'innovazione all'interno dell'organizzazione e generare infine impatti positivi sugli outcome di salute. A questo proposito, negli ultimi anni, il service *redesign* è stato presentato come un valido approccio per affrontare le sfide all'interno del settore pubblico (Bason, 2010; Junginger, 2013; Mulgan, 2014) e come un catalizzatore per il cambiamento e la trasformazione organizzativa (Junginger, 2015; Malmberg *et al.*, 2019; Sangiorgi, 2011; Yu & Sangiorgi, 2018). Tuttavia, il ridisegno dei servizi spesso comporta una trasformazione a più livelli, poiché il servizio coinvolge trasversalmente l'organizzazione, i suoi dipendenti e gli utenti (Malmberg *et al.*, 2019; Sangiorgi, 2011).

Questo lavoro intende affrontare il tema della gestione del cambiamento e del *redesign* presentando puntualmente un'esperienza concreta, analizzandone antecedenti e condizioni facilitanti. L'obiettivo del presente lavoro è quello di usare un modello consolidato per trarre un insegnamento "induttivo" di come si introduce

un'innovazione. L'obiettivo è pertanto duplice:

- descrivere un modello di decentramento erogativo di servizi specialistici di norma gestiti presso ospedali hub, capace di valorizzare le Case della Comunità come una rete di setting erogativi di prossimità;
- analizzare le determinanti di contesto e i driver manageriali azionabili per disegnare, implementare e consolidare una innovazione di servizio di tipo *transformational change*.

### 3. Metodologia

I casi studio vengono largamente utilizzati come metodologia di analisi in diversi ambiti di ricerca (social policy, antropologia, management ecc.) e sempre più anche negli studi di *health-care management* (Bertolini *et al.*, 2011; Linnander *et al.*, 2017) in quanto permettono di comprendere e apprezzare nuovi processi o comportamenti difficilmente conoscibili altrimenti o indagabili attraverso altri metodi di ricerca (Hartley, 1994). Yin (1989) definisce il caso studio come un'indagine empirica che "investiga un fenomeno attuale nel proprio contesto reale e per il quale i confini tra l'accadimento stesso e il contesto di riferimento non sono così nitidi e definiti". In questo senso, il caso studio risulta particolarmente utile e funzionale per rispondere a domande relative a *come* e *perché* succedono una serie di eventi (Sykes, 1990). Gummesson (1988) sostiene che il principale vantaggio dell'utilizzo del caso studio come approccio metodologico sia la possibilità di avere una vista olistica dell'intero processo: "Le osservazioni dettagliate raccolte con i casi studio ci permettono di studiare molti aspetti



diversi, esaminandoli in relazione tra loro e indagando il processo nel suo ambiente di riferimento”. Benché quindi il caso studio permetta di analizzare in profondità i meccanismi operativi, i processi di funzionamento, le caratteristiche fondamentali di un fenomeno, restituendone quindi una mappatura e una conoscenza estremamente dettagliate (*high internal validity*), in letteratura sono ben noti anche i possibili svantaggi di questo metodo di ricerca, riconducibili soprattutto a un livello generalmente basso di *reliability* e *generalizability* (Fidel, 1984). Da un lato, infatti, risulta impossibile riprodurre la stessa osservazione del fenomeno mantenendo le condizioni costanti, in quanto gli eventi vengono osservati, mappati e indagati come e quando avvengono. Dall’altro, risulta anche difficile generalizzare i risultati e le evidenze ottenute dai casi studio in quanto restituiscono la descrizione di un contesto specifico nel tempo e nello spazio.

Nel caso del presente studio, il *case study method* appare l’approccio di ricerca più adatto in quanto permette di indagare a fondo le caratteristiche peculiari del modello assistenziale di Bettola, valorizzandolo come esempio significativo di decentramento erogativo delle cure oncologiche sul territorio. La descrizione puntuale di questa prima esperienza fornisce una base di conoscenza essenziale per esprimere valutazioni prospettiche in termini di futuri modelli di assistenza territoriale. In questo senso, il caso di Bettola assume un valore di possibile esperienza *benchmark* rispetto ad altri contesti in cui si stanno portando avanti ragionamenti simili e che, in vista dell’implementazione del PNRR, saranno sempre più diffusi in tutto il

territorio nazionale. Senza avere aspirazioni (poco realistiche) di generalizzazione e di replicabilità *tout court*, il caso di Bettola può però offrire un’esperienza già verificata sul campo da molti anni, utile anche in altri contesti istituzionali e territoriali.

Il caso studio è stato condotto attraverso una metodologia di ricerca qualitativa, comprensiva di tre diversi step, consequenziali e interrelati tra loro (Dearnley, 2005; Adams, 2015): (a) analisi *desk* di materiale documentale; (b) interviste semi-strutturate con stakeholder locali; (c) *on site visit* presso la CDS di Bettola. Inizialmente, è stata condotta un’attività di ricerca e *desk analysis* attraverso la rassegna e raccolta puntuale di materiale documentale pubblicamente accessibile online, proveniente da fonti governative e istituzionali (delibere regionali, documenti aziendali come piano della performance, atto aziendale e piano di sviluppo socio-sanitario, linee guida sia regionali sia aziendali ecc.), ma anche da fonti non governative (articoli di quotidiani locali, *public speeches* di figure politiche locali, report di mappatura delle Case della Salute in Emilia-Romagna, studi e articoli scientifici di valutazione di impatto del decentramento delle cure oncologiche). Come criterio di inclusione sono state considerate le diciture “Casa della Salute” o “cure primarie”, riportate dalla normativa di riferimento, nei siti istituzionali, nei quotidiani locali e nei paper scientifici tematici. In secondo luogo, sono state condotte dodici interviste semi-strutturate con i diversi stakeholder locali o itineranti periodicamente sul setting e quindi coinvolti nel sistema di cura presente a Bettola (cfr. Tab. 1) (Kallio *et al.*, 2016). Si è preferito un approccio

**Tab. 1** – Stakeholder istituzionali intervistati\*

Struttura di afferenza	Ruolo professionale
Dipartimento di Onco-Ematologia dell'AUSL di Piacenza	Direttore di Dipartimento
Unità Operativa di Oncologia dell'AUSL di Piacenza	Direttore di UO di Oncologia
	Personale medico oncologico
	Coordinatori infermieristici
	Personale infermieristico
Unità Farmaci Antiblastici (UFA) afferente all'Unità Operativa di Farmacia clinica dell'AUSL di Piacenza	Responsabile UFA e personale farmacista ospedaliero
Direzione Generale dell'AUSL Piacenza	Direttore Generale
Dipartimento Pianificazione, Controllo e Accesso	Dirigente responsabile dell'UOC di Pianificazione e Organizzazione
Casa della Salute di Bettola	Responsabile organizzativo delle Case della Salute della Provincia di Piacenza
	Coordinatore infermieristico

\* All'elenco vanno inoltre aggiunti 4 pazienti in cura presso la Casa della Salute di Bettola, intervistati durante la visita *in loco*.

semi-strutturato per una serie di ragioni che ben si combinano con gli obiettivi di analisi del caso studio: (i) le interviste semi-strutturate, essendo flessibili e aperte, sono adatte a esplorare attitudini, valori e motivazioni del rispondente (Smith, 2001); (ii) in secondo luogo, permettono la creazione di dialogo spontaneo con l'intervistato e il facile spostamento da una domanda all'altra, senza eccessiva rigidità tipica dei questionari strutturati (Whiting, 2008); (iii) consentono la formulazione di domande *participant-oriented* e facilmente suddivisibili in quesiti principali, volti ad affrontare i macro-temi di ricerca e quesiti di follow-up, utili a rendere gli ambiti di indagine facilmente comprensibili per l'intervistato (Baumbusch, 2010).

Parte del personale medico afferente all'Unità Operativa di Oncologia dell'ospedale hub di Piacenza viene direttamente coinvolta e impiegata nell'erogazione di cura e assistenza presso la Casa della Salute di Bettola, secondo un modello di turnistica defi-

nito e concordato con il Direttore di UO. Questo personale svolge la propria attività di cura in modo integrato e coordinato con quello residente presso la CDS di Bettola (personale infermieristico e relativo coordinatore). Il Direttore Generale e il Direttore di Dipartimento di Onco-Ematologia rappresentano le due figure di riferimento dell'esperienza di Bettola da un punto di vista di ideazione iniziale e avvio materiale del progetto, in quanto hanno posto le basi (istituzionali-organizzative, da un lato, e di competenze cliniche, dall'altro) per la sua effettiva realizzazione. L'UOC di Pianificazione e Organizzazione, afferente al Dipartimento di Pianificazione, Controllo e Accesso dell'AUSL di Piacenza, svolge attività amministrative di monitoraggio, controllo e rendicontazione dei risultati a supporto della produzione ospedaliera e territoriale. Rappresenta quindi una funzione essenziale in grado di restituire una vista sulle performance quantitative dell'attività assistenziale erogata nella CDS di Bettola. Infine, è stata

indagata la prospettiva di chi effettivamente “popola” la CDS di Bettola, raccogliendo i pareri e le impressioni di alcuni pazienti in cura, ascoltati durante la visita *in loco* presso la struttura.

Le interviste, di un’ora ciascuna, sono state condotte nella maggior parte in distance tramite video-call, sulla base di una traccia semi-strutturata composta da dodici domande così come riportate in Tab. 2.

Le domande sono state elaborate e poste agli interlocutori in modo tale da coprire e affrontare cinque tematiche principali:

- a) l’inquadramento professionale del rispondente e il suo percorso antecedente, in termini sia professionali sia formativi (domande #1 e #2);
- b) i driver alla base della decisione personale di prendere parte al progetto e la tempistica di riferimento rispetto al proprio percorso di carriera (domande #3, #4 e #5);
- c) la descrizione delle attività e del ruolo svolto presso la CDS di Bettola,

anche in termini di relazioni con altre figure professionali e servizi assistenziali impiegati, in modo da comprenderne il modello gestionale e di *governance* complessivo (domande #6 e #7);

- d) l’impatto percepito dell’attività svolta a Bettola sulla propria routine lavorativa e sul proprio percorso di carriera in generale (domanda #8);
- e) riflessioni in merito ai fattori abilitanti per l’implementazione del “modello Bettola”, a eventuali criticità riscontrate nel percorso e, infine, agli elementi da valorizzare in ottica di potenziale replicabilità in altri contesti (domande #9, #10, #11 e #12).

Obiettivo delle interviste è stato quello di inquadrare la singola esperienza individuale nel modello organizzativo e di servizio complessivo, comprendendo motivazioni personali alla base, indagando l’impatto percepito sulla propria condizione lavorativa individuale, raccogliendo valutazioni soggettive in termini di efficacia percepita del

**Tab. 2** – Traccia dell’intervista semi-strutturata

1	Qual è il suo ruolo professionale attuale?
2	Ci descriva il suo percorso professionale fino a oggi e quello formativo precedente.
3	Come ha deciso di prendere parte all’attività presso la CDS di Bettola?
4	Da quanto tempo ne ha preso parte?
5	Che cosa l’ha incentivata/motivata a prendere parte a questo progetto di decentramento delle cure oncologiche sul territorio?
6	Com’è organizzata la sua attività lavorativa presso la CDS di Bettola?
7	Con quali servizi si interfaccia prevalentemente?
8	Che impatto ritiene che abbia l’attività svolta a Bettola sulla sua routine lavorativa nel complesso?
9	Quali sono stati, secondo lei, i fattori abilitanti per l’implementazione del progetto?
10	Quali profili professionali e quali competenze, nella sua opinione, risultano i più adeguati in un contesto come quello di Bettola?
11	Vi sono stati ostacoli o criticità nello sviluppo e nella successiva implementazione del progetto? Se sì, quali?
12	Quali sono, secondo lei, gli step attuativi da mettere in campo per una replicabilità efficace del “modello Bettola” in altri contesti istituzionali e/o territoriali?

servizio, benefici prodotti, ostacoli affrontati e potenziale replicabilità futura del modello. Le considerazioni emerse dalle interviste sono state integrate e confrontate con le informazioni raccolte attraverso l'attività di *desk analysis*. Le interviste sono state condotte nei mesi tra novembre 2021 e gennaio 2022 e, una volta trascritte, sono state analizzate e sistematizzate.

Infine, le informazioni emerse tramite analisi *desk* e interviste semi-strutturate sono state integrate e validate dalle evidenze raccolte durante la visita *in loco* (*on site visit*) presso la Casa della Salute. L'approccio metodologico dello studio ha incluso infatti una visita presso il setting erogativo, in modo da raccogliere informazioni primarie riguardanti la disposizione degli spazi, l'organizzazione degli uffici e del personale, la disposizione dei pazienti in sala, il percorso dei pazienti all'interno della CDS, la collocazione di dispositivi medici e farmaci ecc. Come Lawrenz *et al.* (2003) sottolineano, la visita presso il luogo indagato rappresenta un elemento fondamentale negli studi osservazionali, in quanto permette di approfondire la conoscenza dell'oggetto di studio, contestualizzandolo nel suo ambiente di riferimento e, al contempo, validando le informazioni raccolte in precedenza. La visita è stata svolta nel mese di gennaio 2022 e ha riguardato la struttura di Bettola in tutti i suoi spazi/locali (piano terra con lo sportello di accettazione, la sala adibita alle prime visite e le quattro postazioni per i pazienti oncologici in cura; primo piano con i diversi ambulatori specialistici e spazi adibiti a sala riunioni) e il reparto di degenza dell'UO di Oncologia nell'ospedale hub dell'AUSL di Piacenza, comprensivo di 19 posti letto e 3 per

l'emergenza, situato al primo piano delle Palazzine Mediche Specialistiche. Presso la struttura a Bettola, la visita è stata accompagnata da personale medico dell'AUSL di Piacenza (Dottoressa di oncologia), infermieristico residente (coordinatore infermieristico presso CDS), responsabile organizzativo delle CDS della AUSL. Presso il reparto di degenza oncologica erano invece presenti il Direttore di UO di Oncologia e di Dipartimento, i due coordinatori infermieristici, rispettivamente per il reparto di degenza e di day hospital. Con la visita *in loco* si è conclusa la fase di raccolta dati e di produzione di evidenze. Successivamente, le informazioni raccolte tramite analisi *desk*, interviste semi-strutturate e visita *in loco* sono state discusse collegialmente dagli autori e sistematizzate e armonizzate al fine di astrarre alcune evidenze di risultato che vengono espone in dettaglio nel seguente paragrafo.

#### 4. Risultati

Le evidenze raccolte dalle interviste e dalla documentazione disponibile sono sistematizzabili in cinque principali ambiti: (i) il contesto istituzionale e geografico in cui è stata implementata l'iniziativa e gli obiettivi della stessa; (ii) il modello di servizio di front office adottato; (iii) il modello organizzativo di back office e le competenze professionali coinvolte; (iv) i dati di attività e le evidenze preliminari; (v) il processo di *change management* adottato e i fattori abilitanti che hanno reso possibile il progetto.

i. Il contesto istituzionale e geografico in cui è stata implementata l'iniziativa e gli obiettivi della stessa

La popolazione della Provincia di Pia-

enza ammonta nel 2021 a 283.742 residenti, pari al 6,4% del totale regionale e allo 0,5% del totale nazionale (ISTAT). A causa dell'incidenza della superficie delle aree appenniniche, il territorio presenta una densità media di popolazione piuttosto bassa (109 abitanti per km<sup>2</sup>), circa la metà della media regionale. In relazione alla struttura demografica del territorio, con una forte incidenza di aree interne, il censimento permanente a livello provinciale del 2021 conferma una prevalenza della fascia di popolazione anziana più marcata rispetto alle altre province limitrofe. Rispetto a una media nazionale di 178,3, l'indice di vecchiaia piacentino si attesta a 200 (di fatto registrando la presenza di due anziani over 64 ogni giovane under 14), distaccandosi di molto dal dato della Provincia di Lodi (159,4) o di Parma (177,6) (cfr. Fig. 2).

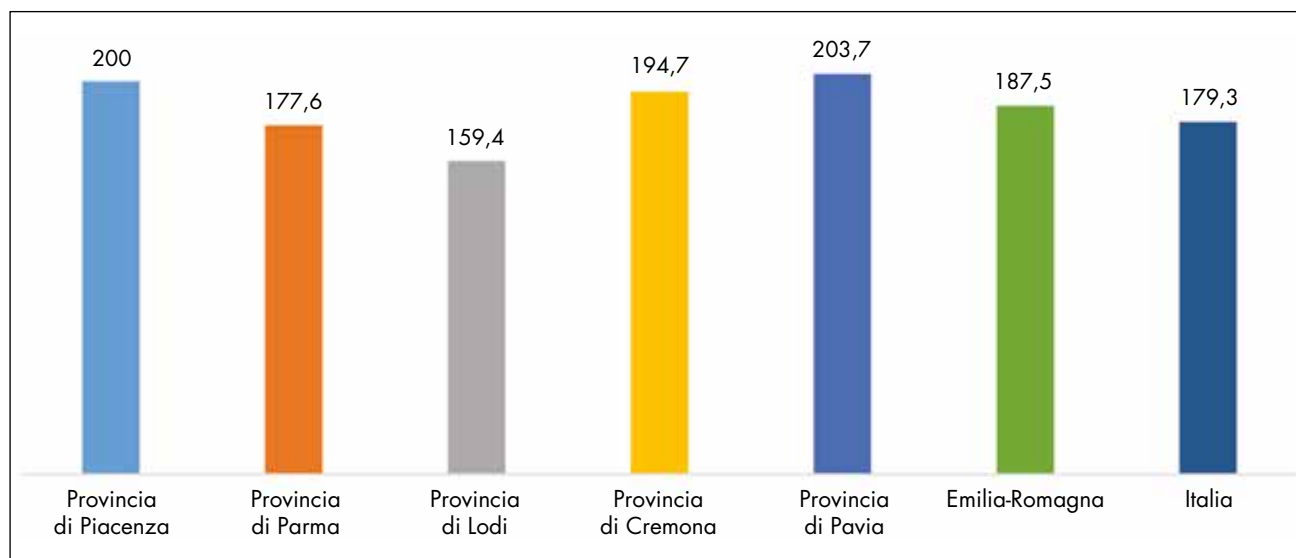
Incrociando i dati di struttura demografica con la morfologia del territorio, è possibile notare come si rilevano generalmente quote di popolazione più giovane nelle aree di pianura più

densamente popolate e più urbanizzate. Viceversa, la popolazione più anziana si concentra nelle aree demograficamente ed economicamente più periferiche dell'Appennino (cfr. Fig. 3). Per inciso, si tratta di una caratteristica comune a molte altre realtà che deve essere presa seriamente in considerazione in tutto il lavoro di messa a terra dei progetti del PNRR, in particolare quelli relativi alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità.

In sintesi, la provincia e la coincidente AUSL di Piacenza operano in un territorio significativamente vasto (più di 2.500 km<sup>2</sup>), prevalentemente montuoso, con una densità abitativa piuttosto bassa e una popolazione decisamente più anziana rispetto alle aree circostanti e altamente dispersa nelle aree più periferiche e rurali. Le caratteristiche specifiche del territorio da un lato e i trend di evoluzione demografica dall'altro (invecchiamento progressivo della popolazione, diradamento del tessuto familiare, aumento dell'incidenza di patologie croniche) influenzano in modo estremamente

**Fig. 2**  
Indice di vecchiaia, 2019

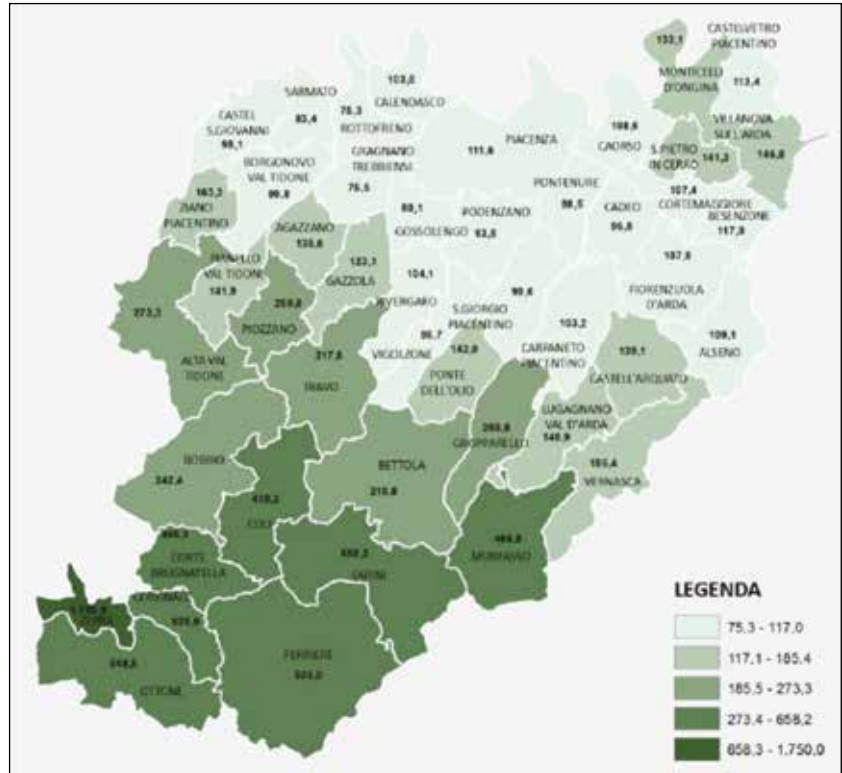
Fonte: Elaborazione Ufficio Statistica Provincia di Piacenza su dati ISTAT, 2021





**Fig. 3**  
 Numero di anziani over 70  
 ogni 100 giovani under 20,  
 2019

Fonte: Elaborazioni Provincia  
 di Piacenza su dati ISTAT



rilevante la domanda di assistenza sanitaria che viene espressa dalla comunità locale. Secondo le proiezioni ISTAT, infatti, nel 2050 la popolazione emiliano-romagnola over 65, a oggi pari a meno di un quarto della popolazione complessiva, diventerà più di un terzo (34%), comportando un aumento significativo del numero di persone affette da malattie croniche e una probabile variazione nell'incidenza delle principali cause di morte, facendo progressivamente calare l'incidenza dei tumori e aumentare i decessi causati da malattie dell'apparato cardio-circolatorio e respiratorio (Tab. 3).  
 L'aumento della longevità, il progressivo invecchiamento della popolazione, la riduzione del numero di figli per famiglia e la loro dispersione geografica

comportano inoltre l'intensificarsi del rischio di rimanere soli in tarda età: a livello regionale, nel 2050 una persona over 65 su quattro vivrà sola e quasi due terzi degli over 85. La fragilità fisica viene e verrà sempre più spesso accompagnata anche da una fragilità di tipo sociale, e ciò richiederà al sistema sanitario di essere sempre più flessibile e in grado di evolversi a seconda dei rapidi cambiamenti nei bisogni.  
 La rete ospedaliera dell'AUSL di Piacenza è costituita da tre ospedali, quello generale hub di Piacenza, quello spoke di Castel San Giovanni, quello spoke di Fiorenzuola d'Arda, dall'Ospedale di Comunità di Bobbio e dall'Unità Spinale di Villanova d'Arda. Nel complesso serve un bacino di utenza di più di 280.000 abitanti, di

MEGOSAN - ISSN 1121-6921, ISSNe 2384-8804, 2022, 121 DOI: 10.3280/mesa2022-121oa14323

**Tab. 3** – Confronto delle cause di morte previste nel quinquennio 2020-2025 e 2045-2050 in Emilia-Romagna, suddivisa per fasce di età quinquennali e genere (% sul totale)

2020/25	Tumori	Endocrine	Psichiche	Nervose	Circolatorie	Respiratorie	Altro
Uomini 45+	37,6	4,3	2,0	4,4	29,6	7,7	14,3
Uomini 65+	37,5	4,4	2,1	4,5	30,4	8,4	12,6
Uomini 85+	27,2	4,4	3,3	5,0	36,0	11,0	13,0
Donne 45+	33,2	4,3	2,6	4,5	32,5	9,1	13,8
Donne 65+	32,8	4,3	2,7	4,6	33,1	9,5	12,9
Donne 85+	25,2	4,3	3,5	4,8	37,4	11,4	13,4

2045/50	Tumori	Endocrine	Psichiche	Nervose	Circolatorie	Respiratorie	Altro
Uomini 45+	35,1	4,3	2,4	4,4	31,5	8,7	13,7
Uomini 65+	34,8	4,3	2,4	4,5	32,0	9,0	12,8
Uomini 85+	25,2	4,3	3,5	4,7	37,4	11,4	13,4
Donne 45+	30,8	4,3	2,8	4,4	34,2	9,8	13,7
Donne 65+	30,5	4,3	2,9	4,4	34,6	10,1	13,2
Donne 85+	23,3	4,2	3,7	4,5	38,7	11,8	13,8

Fonte: Report Neodemos (2021) su dati ISTAT.

cui più di un terzo residente in città. In totale, la rete ospedaliera piacentina conta più di 1.400 posti letto, di cui più del 70% pubblico e il restante 30% afferente a case di cura private.

Il progressivo invecchiamento della popolazione comporta necessariamente un cambiamento della domanda di assistenza, che si riflette in un calo dei ricoveri ospedalieri, principalmente dovuto allo spostamento di alcune attività chirurgiche in setting ambulatoriali e a una riduzione dei ricoveri inappropriati, e un forte incremento dei bisogni ambulatoriali e diagnostici legati alle patologie croniche. In questo senso, già il D.M. n. 70/2015, recepito a livello regionale con la D.G.R. n. 2040/2015, stabiliva che le AUSL dovevano investire sul potenziamento dell'assistenza territoriale, al

fine di rispondere in modo efficace ai bisogni dei cittadini, ridurre il rischio di ricoveri inappropriati e recuperare efficienza e qualità. Questa esigenza è stata estremamente acuita dall'esplosione dell'emergenza pandemica da Covid-19, che ha reso evidente in quasi tutte le regioni, almeno durante la prima ondata, l'impreparazione della rete sanitaria di primo livello. Come sottolineano Bucciardini *et al.* (2020), "se quest'ultima fosse stata in grado di manifestare le proprie potenzialità di coesione, diffusione e flessibilità organizzative nella relazione con la propria comunità di riferimento sul territorio, avrebbe potuto contribuire al controllo dei contagi agevolando il lavoro negli ospedali".

L'Emilia-Romagna, insieme alla Toscana, è in realtà una delle poche

regioni che da tempo riconosce nella Casa della Salute uno strumento efficace per rafforzare il sistema sanitario e sociale sul territorio (Odone *et al.*, 2016). Con la D.G.R. n. 291/2010, l'Emilia-Romagna ha introdotto le CDS e impostato un nuovo modello organizzativo dei servizi di assistenza primaria, con la finalità ultima di garantire massima equità di accesso alle cure per tutti i cittadini. Nella D.G.R. n. 291/2010, la CDS viene definita come “un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze”. La CDS viene concepita come punto di riferimento per tutta la popolazione per trovare il giusto orientamento nel sistema sanitario regionale e in questo senso si rivolge a diverse tipologie di utenti:

- a) utenti con bisogni semplici e transitori (CUP, visita MMG, visita specialistica, prestazione diagnostica, prelievo, screening ecc.), per i quali la CDS svolge un ruolo di accoglienza e orientamento e di promozione della salute;
- b) utenti con bisogni complessi e continui (presa in carico da parte del case manager, inserimento nel PDTA, stesura del Piano Assistenziale Individuale, consumo delle prestazioni previste nei piani terapeutici, continuità assistenziale, follow-up e monitoraggio), già individuati e indirizzati alla CDS dal MMG o dal medico ospedaliero, nei confronti dei quali la CDS

ha il ruolo di presa in carico e integrazione dei servizi;

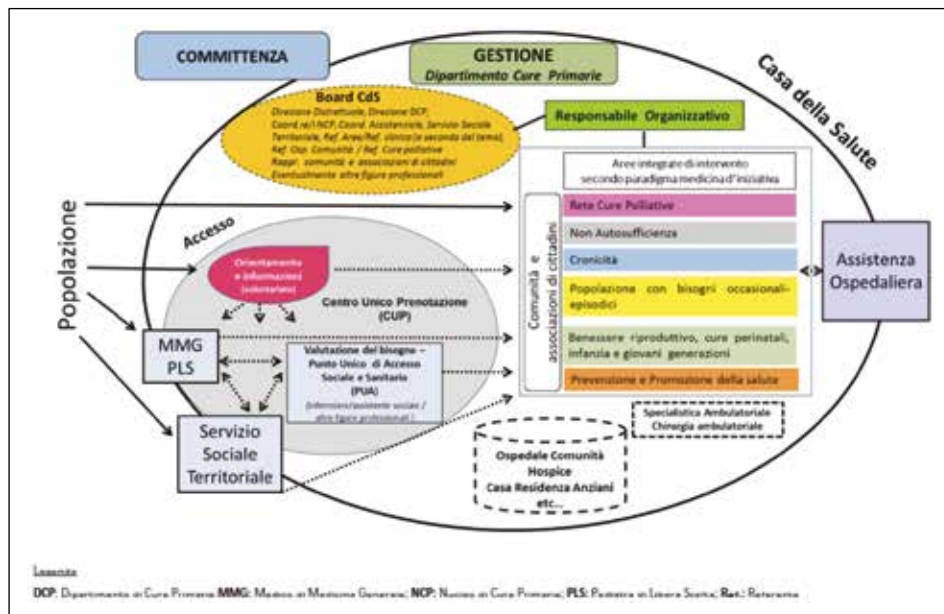
- c) la collettività, nei cui confronti la CDS assume un ruolo di promozione e prevenzione, attraverso promozione di stili di vita sani e programmi e interventi di prevenzione.

Con la successiva D.G.R. n. 2128/2016, la Regione ha adottato le linee guida per lo sviluppo e il coordinamento delle CDS sul territorio, integrando e arricchendo la normativa precedente, specificando in dettaglio le funzioni essenziali della CDS, la sua organizzazione secondo diversi livelli di complessità (bassa e medio-alta) secondo un modello hub & spoke, la valorizzazione della comunità di professionisti nella CDS e l'integrazione di quest'ultima con il Servizio Sociale Territoriale (cfr. Fig. 4).

Attualmente sono 127 le CDS attive in tutta la Regione (Fig. 5), a cui se ne aggiungeranno 84 nuove previste con i finanziamenti dal PNRR<sup>1</sup>, per un totale di 211 prossime Case della Comunità.

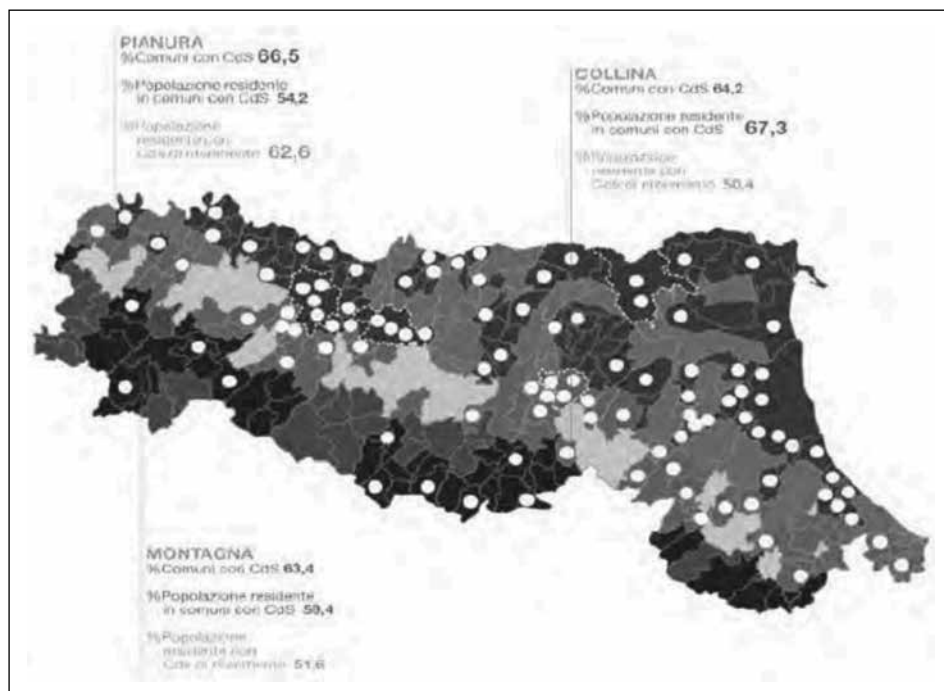
A dieci anni dall'introduzione delle CDS nel sistema sanitario regionale, nel 2019 l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha pubblicato uno studio che ne valutava l'impatto su alcuni outcome di salute. Lo studio ha preso in esame 88 strutture attive da fine 2009 a fine 2018, presenti in comuni periferici e in città capoluogo di provincia. La CDS comporta una riduzione del 16,1% degli accessi al pronto

<sup>1</sup> La programmazione nazionale del PNRR prevede che la Regione Emilia-Romagna debba realizzare 84 nuove Case della Salute, finanziate con 124,7 milioni euro: in totale 6 a Piacenza, 8 a Parma, 10 a Reggio Emilia, 13 a Modena, 17 a Bologna, 3 a Imola, 6 a Ferrara e 21 in Romagna (cfr. <https://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2022/febbraio/pnrr-salute>).



**Fig. 4**  
Organizzazione e funzioni  
CDS a medio-alta complessità

Fonte: D.G.R. n. 2128/2016



**Fig. 5**  
Distribuzione delle CDS  
sul territorio regionale  
in relazione alla zona  
altimetrica (2020)

Fonte: Rielaborazione autori su Ugolini (2021)

soccorso per cause che non richiedono un intervento urgente, percentuale che sfiora il 25,7% quando il medico di medicina generale opera al loro interno. Inoltre, si riducono (-2,4%) i

ricoveri ospedalieri per le patologie che possono essere curate a livello ambulatoriale, come diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, polmonite batteri-

ca, e questo anche perché nei territori serviti dalle CDS si è intensificata nel tempo (+9,5%) l'assistenza domiciliare al paziente, sia infermieristica sia medica. Si evince quindi come il contesto emiliano-romagnolo abbia una tradizione ormai consolidata di "territorializzazione" delle cure, ben consapevole dei potenziali benefici che questo processo porta e in grado di diffonderli su tutto il proprio territorio.

In questo articolato sistema si inserisce anche la CDS di Bettola. Bettola è un piccolo comune della Provincia di Piacenza che conta ca. 2.600 abitanti, di cui il 34% sono over 65 (*versus* un 24,9% come dato provinciale). Il territorio comunale si trova all'inizio della Val Nure e dista circa 33 km da Piacenza. Rappresenta quindi il contesto propriamente adatto a ospitare una CDS, essendo decentrato, lontano dal centro urbano, montano e a prevalente popolazione anziana. La CDS di Bettola svolge tutte le funzioni essenziali previste dalla normativa regionale e dal piano di sviluppo aziendale dell'AUSL di Piacenza, fungendo da CUP, sportello di primo accesso e prevedendo l'erogazione di diverse prestazioni ambulatoriali (diabetologia, ecografia, prelievi, oculistica ecc.). Al suo interno sono anche presenti l'ambulatorio infermieristico di assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'ambulatorio infermieristico cronicità. Come verrà poi esposto in dettaglio nel prosieguo del lavoro, dal 2016 nella CDS di Bettola vengono svolte anche prestazioni di tipo oncologico (attività diagnostica tramite prelievi, terapie e visite di controllo).

Il decentramento delle cure oncologiche sul territorio di Bettola risponde a due categorie di obiettivi: una "micro" e specifica di progetto, una "macro" e

relativa all'organizzazione del sistema sanitario provinciale nel suo complesso. Rispetto alla prima è rilevante sottolineare come il programma sia stato motivato *in primis* da un'osservazione attenta dei bisogni espressi dai malati oncologici, prendendo in considerazione la geografia di questo territorio della provincia, privo di presidi ospedalieri vicini e ad alto tasso di popolazione anziana. Come sottolineano Cavanna *et al.* (2021), il malato oncologico è un paziente con bisogni estremamente complessi e interrelati poiché, oltre alla malattia stessa, si trova a dover affrontare problematiche di ordine psicologico, sociale, economico e familiare. In più, se anche anziano e residente in zona rurale e periferica, rischia di subire in modo significativo gli effetti negativi dovuti alla distanza dal luogo di cura. Il tempo impiegato per il viaggio, la spesa, lo stress psicologico dovuto allo spostamento e al contesto disorientante del grande ospedale, la perdita di giornate di lavoro e di tempo da parte dei caregiver che accompagnano il paziente sono tutti fattori che influenzano negativamente il processo di cura del malato oncologico (Tralongo *et al.*, 2021). Tutti questi fattori possono rappresentare una barriera importante nei confronti dell'equità di accesso alle cure e della diagnosi, causando ritardo diagnostico; possono inoltre influire negativamente sul tasso di *compliance* alle cure; possono infine generare il rischio di erogazione e somministrazione di terapie inadeguate; in sintesi, possono causare un peggioramento della vita attesa e della qualità di vita (Ambroggi *et al.*, 2015). Decentrare le cure oncologiche nella CDS di Bettola e portarle vicino al domicilio dei pazienti significa, da un lato, garantire



equità di accesso anche per coloro che vivono in zone periferiche e maggiormente svantaggiate, dall'altro diminuire gli effetti negativi dovuti alla distanza dal luogo di cura (*travel burden*) e permettere una migliore qualità della vita per i pazienti e relativi caregiver. La finalità specifica del progetto di Bettola si innesta su un ragionamento a più ampio raggio, che riguarda in senso lato la programmazione strategica della rete ospedaliera e territoriale a livello provinciale. In questo senso, l'obiettivo "micro" si integra e combina con quello "macro" in modo sinergico. Il Piano di organizzazione e sviluppo della sanità dell'AUSL di Piacenza, approvato nel 2017, indica come obiettivo primario la specializzazione dei poli ospedalieri provinciali in quanto "la concentrazione dei servizi consente da un lato di creare dei poli ad altissima competenza clinica ed elevati standard di sicurezza e qualità, dall'altro di dare una forte identità, immediatamente riconoscibile, a ciascuna struttura, unica garanzia di sopravvivenza nel medio-lungo periodo". Lo scopo è quello di sviluppare le vocazioni produttive degli ospedali "evitando così inutili sovrapposizioni e la dispersione della casistica, e facendo in modo che tutti quelli che hanno bisogno possano accedere al servizio migliore disponibile, a prescindere dal luogo in cui vivono". Da un lato, quindi, concentrare negli ospedali la casistica di alta complessità per aumentare la qualità assistenziale, la *clinical competence* e diminuire il rischio clinico; dall'altro, decentrare e portare sul territorio e vicino al domicilio tutte quelle prestazioni standardizzabili o di bassa complessità, richieste con maggior frequenza da una popolazione sempre più anziana e cronica. Questo

modello organizzativo e di servizio detiene una portata innovatrice estremamente rilevante poiché può effettivamente rappresentare una "terza via" possibile nel trade-off tra concentrazione dei grandi presidi ospedalieri e conseguente rischio di "scopertura" delle zone svantaggiate da un lato e mantenimento di piccoli presidi delocalizzati e conseguente rischio di casistica insufficiente e ridotta qualità assistenziale dall'altro (Bobini *et al.*, 2020). La prospettiva viene infatti ribaltata: non è la presenza della struttura fisica in quanto tale che assicura un alto tasso di copertura delle cure, ma piuttosto la specificazione della sua vocazione produttiva e la sua messa in rete in un sistema integrato. Ha senso concentrare l'alta specialità nei poli ospedalieri se si assicura sul territorio l'erogazione delle prestazioni di bassa complessità o standardizzabili, in un'ottica che considera la diversa frequenza con cui le prestazioni vengono richieste ed erogate (rari i ricoveri ospedalieri, frequenti gli accessi ambulatoriali, soprattutto per i cronici).

#### ii Il modello di front office

Da giugno 2016 a tutti i malati residenti in Val Nure già in cura chemioterapica e a quelli di nuova diagnosi presso la UOC di Oncologia dell'ospedale hub di Piacenza, è stata data la possibilità di scelta tra il proseguire le cure oncologiche presso il centro di riferimento a Piacenza oppure presso la Casa della Salute di Bettola. Il target dei potenziali utenti è stato quindi identificato facendo riferimento al solo criterio della prossimità geografica (residenza in Val Nure), senza discriminare in termini di tipologia di patologia oncologica o complessità

dello schema chemioterapico applicato. L'arruolamento del paziente avviene quindi su base volontaria, previa informazione dettagliata delle opzioni a disposizione. Tendenzialmente i pazienti oncologici presi in carico nella Casa della Salute di Bettola hanno già iniziato il proprio percorso diagnostico presso il reparto oncologico dell'ospedale di Piacenza e poi in fase di accettazione, se vivono nei pressi della Val Nure, vengono indirizzati presso la CDS di Bettola. Talvolta i pazienti sono segnalati da specialisti ospedalieri di altri reparti, per la diretta presa in carico nella CDS di Bettola e l'esecuzione della prima visita, ma questa opzione è ancora fortemente condizionata dai rapporti interpersonali degli specialisti. In ogni caso, le fasi diagnostiche iniziali vengono svol-

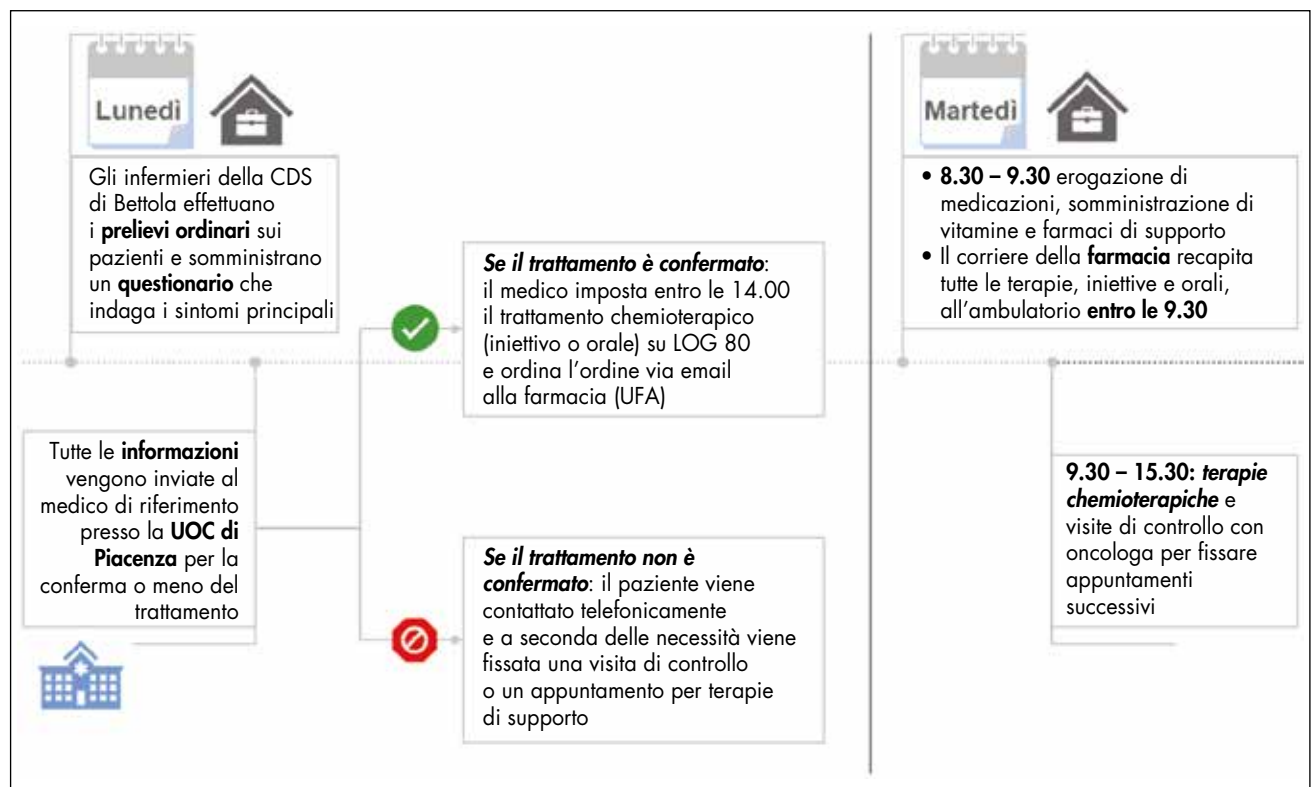
te a Piacenza, in quanto ragionevolmente non è presente una radiologia decentrata.

La CDS di Bettola è organizzata come una struttura con più ambulatori in cui vengono fornite prestazioni da parte di specialisti di varie discipline, oltre a medici di medicina generale (MMG), infermieri e operatori socio-sanitari. L'organizzazione dell'attività oncologica prevede la presenza presso la CDS di un team medico-infermieristico specialistico itinerante, oncologo/ematologo e infermiere di oncologia, un giorno alla settimana. In particolare le attività svolte nella CDS sono: i) valutazione clinica dei malati candidati alla terapia antitumorale o alla terapia di supporto; ii) prelievi per esami ematochimici; iii) esami strumentali non invasivi (quali elettrocardiogram-

**Fig. 6**

Il modello di cura per i pazienti oncologici alla CDS di Bettola

Fonte: Elaborazione autori.



ma, ecografia di addome e torace, di tessuti molli); iv) eventuali procedure diagnostico-terapeutiche invasive eco-guidate quali paracentesi, agoaspirati ecc.

Come mostrato in Fig. 6, il modello di cura per il paziente oncologico preso in carico presso la Casa della Salute di Bettola è suddiviso su due giorni, come in tutti gli altri ambulatori provinciali oncologici, presenti nei due ospedali spoke.

Ogni lunedì, gli infermieri residenti della CDS di Bettola effettuano i prelievi ordinari sui pazienti e somministrano un questionario che indaga i sintomi principali riscontrati. Tutte le informazioni raccolte vengono inviate via fax al medico oncologo di riferimento presso la UOC di Piacenza per la conferma o meno del trattamento che viene segnalata da remoto. Se il trattamento è confermato, il medico imposta entro le 14.00 del lunedì il trattamento chemioterapico (iniettivo o orale) sul sistema informativo e manda l'ordine via email all'Unità Farmaci Antiblastici (UFA) della AUSL di Piacenza. Nel caso in cui il trattamento non sia confermato, il paziente viene contattato telefonicamente e a seconda delle necessità viene fissata una visita di controllo o un appuntamento per terapie di supporto.

Il martedì gli infermieri e il medico oncologo itineranti della UO oncologica di Piacenza si recano alla Casa della Salute di Bettola. Dalle 8.30 alle 9.30, vengono erogate le medicazioni, somministrate le vitamine e i farmaci di supporto ai pazienti che ne hanno necessità. Il corriere dell'UFA recapita tutte le terapie, iniettive e orali, all'ambulatorio della Casa della Salute entro alle 9.30. A partire dalle 9.30 fino alle 15.30, vengono erogate le terapie che-

mioterapiche e sono effettuate le visite di controllo con l'oncologo per fissare appuntamenti successivi.

Considerata l'assenza di un pronto soccorso nelle immediate vicinanze (il pronto soccorso più vicino dista circa 20 minuti di macchina), la CDS di Bettola è stata dotata di un carrello delle emergenze e di protocolli di infusione aggiuntivi per la gestione delle eventuali reazioni allergiche ai farmaci chemioterapici, episodi in realtà estremamente rari. Oltre a queste misure, sia il personale medico sia infermieristico è stato formato alla gestione delle emergenze, in modo tale da creare competenze idonee alla somministrazione del farmaco e alla gestione di eventi avversi.

iii. Il modello di back office e le competenze professionali coinvolte

L'attività oncologica della Casa della Salute di Bettola viene svolta dagli specialisti e infermieri oncologi della UOC di oncologia che dall'ospedale principale della AUSL si spostano nelle aree interne secondo un modello di team itinerante. Tale modello, implementato per tutti i punti di erogazione periferici, garantisce un approccio omogeneo di gestione e continuità di cura per tutti i malati a prescindere dal loro luogo di residenza: sono infatti sempre gli stessi medici che eseguono le prestazioni in ospedale a eseguirle sul territorio. L'équipe itinerante che si reca sul territorio è stata creata su base volontaria ma prediligendo profili con esperienze in rianimazione, terapia intensiva ed emergenza urgenza. I medici e gli infermieri coinvolti non ricevono alcuna forma di incentivo a livello monetario ma, dalle interviste, è emerso un forte orientamento valoriale rispetto al

tema dell'equità di accesso alle cure, promosso anche grazie alla leadership del primario della UOC oncologica di Piacenza. È anche emerso che lo spostamento sul territorio è vissuto come professionalmente e umanamente arricchente e come "rottura" della routine ospedaliera. Infine, su questo tema, è da rilevare che, rispetto alle strutture ospedaliere, l'assistenza prestata a Bettola permette di instaurare un rapporto più profondo e continuativo tra pazienti e operatori perché questi ultimi sono sempre gli stessi.

La qualità delle cure viene mantenuta omogenea tra i diversi setting anche grazie al mantenimento di parti del percorso di cura in comune. In primo luogo, i malati presi in carico presso la CDS vengono sempre discussi collegialmente con il personale medico-infermieristico dell'UO di Oncologia del capoluogo al fine di condividere le scelte e valutare la possibilità di inserimento in protocolli di ricerca. Inoltre, come già evidenziato, la prescrizione del trattamento antitumorale e/o di supporto viene fatta dall'oncologo/ematologo dell'ospedale hub per via informatizzata, previa visione degli esami ematochimici effettuati il giorno precedente la terapia. Infine, i farmaci chemioterapici sono preparati a Piacenza presso l'UFA e portati negli ambulatori oncologici della CDS garantendo sicurezza ed equità nell'allestimento.

Il percorso di preparazione del farmaco inizia dopo la prescrizione del medico che è vincolata a determinati parametri in modo tale da poterne verificare facilmente l'appropriatezza. La prescrizione deve ottenere la validazione del farmacista: una volta ottenuta, viene stampata una scheda di somministrazione con le istruzioni

per l'allestimento della sacca e delle relative etichette. Si procede poi alla preparazione del farmaco in un ambiente decontaminato e all'etichettatura dello stesso. Dopo un ulteriore check qualitativo sul prodotto finito, viene apposto un sigillo al contenitore di trasporto. L'unico vincolo da considerare è quello della stabilità dei farmaci che generalmente si aggira sulle 24 ore. Soltanto per determinate categorie di farmaci che hanno una stabilità limitata nel tempo (per esempio 90 minuti) risulta critico lo spostamento nel territorio. Una volta che il farmaco è pronto, vengono avvisati i trasportatori attraverso fax e per canale telefonico. Per sostenere la corretta consegna dei farmaci sul territorio è stato escogitato un semplice sistema a colori, secondo cui a ogni punto erogativo dei trattamenti è assegnato un colore diverso con cui vengono contrassegnati i farmaci.

iv. I dati di attività e le evidenze preliminari

In media vengono seguiti 25 pazienti oncologici all'anno nella CDS di Bettola (a fine 2021 ne risultavano in carica 22). Vengono seguiti pazienti in terapia chemioterapica iniettabile o per via orale o in terapia di supporto che risiedono nell'area geografica della Val Nure (nello specifico nei comuni di Vigolzone, Ponte dell'Olio, Gropparello, Lugagnano, Vernasca, Morfasso, Bettola, Ferriere e Farini). Sono inclusi anche quei pazienti arruolati in progetti di sperimentazione clinica (risultava 1 paziente seguito nel 2018 e 1 nel 2020). Vengono invece esclusi quei pazienti che necessitano di terapie con tempi lunghi di infusione (più di 8 ore), per i quali è necessaria la somministrazione in un

**Tab. 4** – Patologie oncologiche ed ematologiche curate sul territorio

Sede neoplasia		
Oncologica		Ematologica
Encefalo	Polmone	Sindrome linfomioproliferativa cronica
Gastro-interico	Sarcoma	Linfoma
Genito-urinario	Testa e collo	Mielomi
Mammella	Altra sede oncologica	Sindromi mielodiplastiche
Melanoma		Altra sede ematologica

Fonte: Cavanna *et al.*, 2021

posto letto. Le patologie oncologiche ed ematologiche curate sul territorio sono rappresentate in Tab. 4.

L'attività svolta presso la CDS di Bettola rispetto alle cure oncologiche è riassumibile in visite specialistiche oncologiche per la diagnosi e il trattamento dei principali tumori solidi, visite specialistiche oncologiche di follow-up, terapie antitumorali iniettive e orali, terapie di supporto mediche, ecografie e medicazioni.

Considerando il recente studio elaborato da Cavanna *et al.* (2021), che prende in considerazione l'attività svolta dai tre ospedali di prossimità (rispettivamente di Fiorenzuola, Castel San Giovanni, Bobbio) e dalla CDS di Bettola negli ultimi quattro anni, si possono avanzare alcune prime considerazioni in merito ai risultati assistenziali del decentramento delle cure. I pazienti oncologici seguiti in setting di prossimità risultano 1.339 nei quattro anni dal 2017 al 2020: 278 nel 2017, 347 nel 2018, 354 nel 2019 e 360 nel 2020. Il numero è progressivamente aumentato negli anni, comportando un incremento complessivo del 29% dal 2017 al 2020. Di questi 1.339 pazienti totali, l'89% è

rappresentato da pazienti oncologici, mentre l'11% da pazienti ematologici. I dati sembrano suggerire un progressivo consolidamento del modello, sia in termini di aumento del numero di pazienti seguiti, sia in termini di potenziale estensione ad altre discipline e patologie. Inoltre, questi dati si traducono in un risparmio complessivo di 3.627 km/paziente, per una media di circa 906 km/paziente all'anno.

Dalle interviste con il personale e i pazienti è emerso che il modello di Bettola favorisce l'aderenza alle terapie perché permette di ridurre il *travel burden* per il paziente e per l'eventuale caregiver. Le interviste con i pazienti hanno inoltre evidenziato come il modello decentrato permetta di facilitare rapporti più umani con il personale e rapporti di amicizia tra i pazienti stessi. In questo senso, al di là della bontà clinica del modello, in grado di decentrare le prestazioni in condizioni di sicurezza, esso permette anche di promuovere una medicina più umanizzata perché attenta ai rapporti interpersonali e a luoghi di cura più familiari. Non è infatti da sottovalutare che gli ambienti ospedalieri vengono spesso vissuti dai pazienti, soprat-



tutto se anziani e abituati a vivere in piccole località, come “freddi” e impersonali.

v. Il processo di *change management* adottato e i fattori abilitanti

Un elemento essenziale dei processi di *change management* riguarda la descrizione dei fattori abilitanti alla base che rendono possibile ed effettivo il cambiamento del modello di servizio. Per questo, il presente studio ha esplorato in modo approfondito i fattori abilitanti che hanno reso possibile l’implementazione del “modello Bettola”, studiando il contesto circostante in cui si inserisce, il periodo di tempo in cui è stato posto in essere, indagando la prospettiva e il punto di vista di chi ne ha preso parte e l’ha visto “nascere”. Dalle informazioni raccolte e dalle evidenze emerse possono essere sintetizzati cinque elementi che, congiuntamente e in modo sinergico, hanno rappresentato i fattori critici di successo fondamentali: (i) la condivisione dell’iniziativa sul piano politico locale; (ii) le precondizioni organizzative, logistiche e strutturali; (iii) il supporto da parte della collettività locale e il beneficio percepito dai pazienti; (iv) la motivazione dei professionisti coinvolti; (v) l’adozione di un approccio di innovazione graduale e progressivo di accumulazione di know-how e di capitale organizzativo. Riguardo al primo aspetto, è stato fondamentale creare una concordanza e condivisione di intenti tra le linee di sviluppo strategico dell’AUSL di Piacenza e la visione politica delle realtà territoriali. L’elemento comune che ha permesso l’allineamento è principalmente da riscontrarsi nella percezione forte del bisogno: portare le cure del paziente oncologico in setting di prossimità viene avvertita come una priori-

tà da chi quelle cure deve erogarle e da chi rappresenta le istanze e tutela i bisogni di chi quelle cure deve riceverle. In questo senso, gli organi politici locali hanno percepito le cure oncologiche erogate a Bettola come un importante e necessario ampliamento dei servizi assistenziali offerti alla propria comunità, in grado di produrre valore aggiunto non solo per i pazienti oncologici in senso stretto, ma per la collettività nel suo complesso (caregiver, familiari, collettività ampia). A questo proposito, è utile ricordare che il modello di sistema sanitario dell’Emilia-Romagna dà ampio spazio ai comuni e ai loro sindaci e questo, anche nell’esperienza in questione, ha creato una spinta verso l’attuazione dell’innovazione. Inoltre, visto in termini più generale, come segnalato dal Direttore Generale dell’Azienda, l’attivazione delle cure oncologiche a Bettola rientrava in un più generale disegno di riequilibrio del rapporto tra ospedali e territorio: da un lato, una concentrazione della casistica e la chiusura di piccoli presidi ospedalieri, dall’altro, quasi come merce di scambio politico, il potenziamento dell’attività territoriale.

Riguardo al secondo elemento, è già stato sottolineato in precedenza come il contesto emiliano-romagnolo abbia una lunga e forte tradizione di territorializzazione delle cure, anche in campo oncologico. È bene ricordare infatti che da circa vent’anni si è sviluppata una rete territoriale in cui le cure oncologiche (e più recentemente anche ematologiche) vengono portate vicino al domicilio del malato sfruttando l’esistenza di presidi periferici (Cavanna *et al.*, 2021). Questo era già infatti vero per i tre presidi di prossimità di Fiorenzuola, Bobbio e Castel San Giovanni, che coprono le tre gran-

di vallate Val d'Arda, Val Trebbia e Val Tidone. La CDS di Bettola si aggiunge a questo sistema preesistente, garantendo così la copertura dell'ultima valle rimasta scoperta, la Val Nure. La CDS di Bettola poteva quindi contare, da un lato, su una tradizione regionale forte di cure territoriali e di prossimità (l'esperienza delle CDS era ormai una realtà da più di 5 anni e aveva raggiunto un livello di riconoscibilità elevato presso la collettività); dall'altro, rappresentava l'ultimo "tassello" per completare un modello provinciale di decentramento delle cure oncologiche che già aveva dimostrato la sua efficacia e solidità. Di certo, questi elementi hanno rappresentato una condizione di facilitazione importante, benché bisogna comunque sottolineare che le quattro valli rappresentano territori diversi, che necessitano quindi di un certo grado di "personalizzazione" e targettizzazione dei modelli assistenziali.

Scendendo maggiormente nel dettaglio del modello organizzativo di Bettola, la logistica e i sistemi informativi rappresentano due aspetti importanti per la realizzazione concreta del progetto. L'impianto logistico di preparazione, trasporto e consegna dei farmaci ha rappresentato un elemento fondamentale per l'implementazione efficace del progetto. La predisposizione dell'UFA (Unità Farmaci Antiblastici), il sistema a colori per suddividere i farmaci in base alle strutture di destinazione, il percorso di trasporto organizzato secondo giorni e orari prestabiliti rappresentano gli elementi funzionali essenziali. Il modello organizzativo si regge inoltre sullo scambio "automatizzato" delle informazioni e sulla condivisione dei sistemi ICT: i risultati dei prelievi e dei questionari

di valutazione della salute dei pazienti vengono inviati al Reparto di Oncologia a Piacenza; sulla base di questi ultimi vengono autorizzate le terapie e viene inviata la richiesta di preparazione dei farmaci all'UFA; l'UFA predispone i farmaci e informa il trasporto. Il tutto secondo meccanismi operativi e di scambio informativo operazionalizzati e condivisi tra tutte le figure professionali coinvolte (clinici, infermieri, farmacisti, trasportatori).

Il terzo elemento che ha funto da fattore critico di successo riguarda la percezione dei pazienti rispetto alla possibilità di svolgere le cure chemioterapiche nella CDS di Bettola. Da un lato, riconoscono il beneficio oggettivo di non doversi allontanare dal proprio ambiente, dall'altro vengono rassicurati rispetto alla qualità delle cure stesse in quanto ritrovano gli stessi specialisti che li assistono, visitano e curano nell'ospedale hub. Si crea quindi una percezione di medesimo standard qualitativo delle cure, indipendentemente dal setting in cui vengono erogate e, anzi, quello territoriale viene ancora più valorizzato poiché più prossimo al proprio domicilio, più "contenuto" negli spazi e quindi più in grado di restituire un clima familiare e di conoscenza reciproca tra pazienti, ma anche e soprattutto tra pazienti e professionisti. Questo aspetto è fortemente collegato con il successivo fattore abilitante (il quarto), ovvero la motivazione che spinge i professionisti a prendere parte a questo progetto. Tutti i professionisti coinvolti sono concordi nel confermare che la ragione principale della loro adesione è da riscontrarsi nella vicinanza al bisogno. Conoscere il paziente oncologico, sapere a quali difficoltà è sottoposto, sapere che, se è anziano, da solo e abita

lontano, rischia di interrompere le cure, ha spinto i professionisti a partecipare. Vedere e ricevere il senso di gratitudine e la soddisfazione da parte dei pazienti li ha spinti a continuare. Il senso di familiarità e di maggiore connessione interpersonale viene avvertito non solo dai pazienti, ma anche dai professionisti stessi, che riescono a instaurare un rapporto più profondo con i propri pazienti, aprendo un dialogo che va al di là della loro condizione di salute, ma che riguarda la loro situazione di vita personale e familiare. Questo risulta fondamentale anche per una migliore presa in carico, che diventa davvero a 360 gradi, inglobando tutti gli aspetti di vita del paziente. Specialmente per il personale infermieristico itinerante, un altro driver motivazionale importante è quello di “spezzare” la routine lavorativa, cambiare ambiente e setting rispetto a quello ospedaliero e questo influisce positivamente sul suo benessere psico-fisico. La motivazione “intrinseca” del personale (che come detto ha diversi driver possibili) si coniuga anche con fattori di motivazione “estrinseca”. Le doti di leadership del Direttore del Dipartimento di Oncologia, la capacità di condividere la sua visione strategica complessiva, l’appoggio da parte della Direzione Generale dell’AUSL hanno rappresentato elementi chiave per fare in modo che tutti i professionisti si sentissero parte di un progetto solido, supportato dall’alto ma non imposto, e al contempo sfidante e innovativo. Questo trova conferma nel fatto che i professionisti si siano offerti volontari a partecipare al progetto, senza ricevere alcun corrispettivo economico in cambio. La percezione di prendere parte a qualcosa che dia valore al pro-

prio ruolo professionale, che lo “riempia” di significato, che ricordi il perché si sono fatte determinate scelte di carriera e professione, rappresenta un fattore essenziale per un coinvolgimento davvero efficace del personale. Inoltre, l’impostazione del Direttore del Dipartimento, condivisa da tutto il personale clinico, è sempre stata quella di coinvolgere figure professionali con alle spalle diversi anni di esperienza e altamente qualificate. Questo può anche essere considerato come dispositivo di *risk management*, in quanto un personale esperto risulta maggiormente in grado di gestire eventuali situazioni emergenziali anche in contesti meno attrezzati rispetto al setting ospedaliero. Appare quindi importante sottolineare come prestare attività sul territorio non venga percepito come un *downgrading* professionale, ma anzi, al contrario, come un’opportunità lavorativa in più, riservata ai più esperti e capaci.

Infine, come quinto e ultimo fattore abilitante che riassume i precedenti e ne fa una sintesi trasversale, è necessario menzionare l’approccio adottato nella realizzazione di questo modello assistenziale decentrato. Non si è trattato di un approccio trasformativo improvviso, ma piuttosto graduale e accompagnato. Ne è un esempio il metodo adottato dall’UFA, in quanto all’inizio della sperimentazione di decentramento delle cure oncologiche venivano somministrati sul territorio solamente i farmaci con preparazione più semplice e a minor rischio di reazioni avverse. Man mano che il modello si è esteso e tutti gli attori coinvolti ne hanno preso più confidenza, si è passati anche ai farmaci più complessi, fino ad arrivare a una situazione di sostanziale uguaglianza e

omogeneità tra quanto viene somministrato nei setting ospedalieri urbani e nei presidi territoriali.

## 5. Conclusioni

Il racconto del servizio di oncologia di prossimità nel setting delle Case della Comunità può generare in ogni lettore un primo eco di disturbo, se non di fastidio, rispetto al quale immediatamente ci si immagina un esperimento poco consistente, di breve durata, con alti rischi e grandi livelli di incertezza e conflittualità, sicuramente destinato a rimanere un tentativo eroico ed estemporaneo o un fallimento da chiudere rapidamente. Invece, seguendo la lettura del caso di Bettola si percepisce un clima tranquillo, di graduale costruzione delle premesse di contesto, di dialogo e confronto con tutti gli stakeholder, di allargamento di un modello già testato in ospedali spoke, di adesioni volontarie sia dal lato dei professionisti sia da quello dei pazienti, di numeri stabili e progressivi nel tempo, che si consolidano, generando capitale istituzionale, consapevolezza, identità, gratitudine sul lato dei pazienti e motivazione sul lato dei professionisti. I capitali organizzativo, istituzionale e umano costituiscono, sempre, il frutto di un lento e progressivo accumulo nel tempo, premio alla costanza del management clinico e gestionale e alla consistenza dei progetti, realistici sul piano attuativo, imprenditoriali ma con rischi calcolati ed esplicitati, razionali nel rapporto costi/benefici per il valore generato per i pazienti, per la comunità e per l'azienda sanitaria. Nulla di eroico, ma tanta saggezza, persistenza e pazienza nel vedere il seme diventare una pianta, un albero e poi un simbolo, che irradia sicurezza e senso delle istitu-

zioni che rappresentano e proteggono la comunità. Tutto ciò rappresenta una lezione per il management dell'innovazione dei servizi, in particolare per quelli che sono radicati nelle comunità, nelle reti professionali e nelle interdipendenze tra diversi servizi aziendali. In particolare possiamo proporre diverse considerazioni chiave per il *change management* nell'innovazione dei modelli di servizio, replicabile in molti dei contesti aziendali del SSN.

In primo luogo, il progetto specifico di patologia o di target di pazienti deve inserirsi in un disegno più ampio che costituisce un orizzonte strategico e di senso delle micro-progettualità: il piano di messa in rete e di specializzazione della rete ospedaliera basata su accentrimento delle competenze e decentramento dell'erogazione è lo sfondo generale che accoglie lo specifico progetto del servizio di oncologia di prossimità. Qui il messaggio è che l'innovazione non nasce dal nulla ma è il frutto di condizioni che si costruiscono con costanza e nel tempo. In secondo luogo, la gestione costante della relazione con gli stakeholder (sindaci, pazienti, clinici, servizi aziendali di supporto) in ogni fase del progetto (analisi della situazione *as is*, visione, progettazione, attuazione, monitoraggio) è la premessa per ottenere non solo consenso, ma anche attiva partecipazione e contributo con le proprie migliori risorse, sentendosi parte di un progetto ad alto valore aggiunto per la collettività e per i pazienti. Inoltre, l'innovazione si sviluppa progressivamente nel tempo, sia dal punto di vista geografico (prima gli ospedali spoke, poi la Casa della Salute), sia dal punto di vista della sua profondità (prima solo farmaci semplici, poi l'intero por-

tafoglio), sia dal punto di vista dei numeri (prima molti pazienti, poi tutti) con un orizzonte temporale di lungo periodo, che ogni anno accumula un pezzo di valore aggiunto, nutrendo le energie per la costanza. È poi da tenere presente l'infrastruttura logistica e informatica di base che costituisce la piattaforma necessaria su cui poggiare ogni innovazione di servizio: la sua presenza costituisce una premessa nel tempo e una condizione *sine qua non* per iniziare a innestare l'innovazione. Un ulteriore tema riguarda la gestione e la relazione proattiva con il personale. Nel caso si evince chiaramente la capacità di produrre significati positivi (equità per le persone più fragili dei territori più interni), simbolici (si invitano professionisti esperti e competenti) e metriche con cui misurare l'impatto del servizio che alimentano la motivazione e in cui il convincimento rappresenta un esplicito terreno di lavoro per il management. Infine, la leadership condivisa tra clinici e management: ognuno è consapevole dell'indispensabilità dell'altro e questo genera una

spinta e un indirizzo armonioso, che alimenta la leadership stessa, perché il risultato positivo legittima l'istituzione e chi la rappresenta ed è fattore motivante con feedback di ritorno positivi. Osserviamo, anche in questo caso, che la sfida cruciale non consiste tanto nel disegnare il modello innovativo dei servizi a livello macro e micro, ma nel saper gestire il cambiamento, che è frutto di talento individuale, ma anche di precise logiche e strumenti di relazione, di *competence development*, di creazione della motivazione, di rappresentazione professionale e comunitaria del valore prodotto che possono essere appresi e replicati. La Casa della Comunità non rappresenta infatti un'innovazione che si aggiunge ai servizi già in essere, ma un'occasione per trasformare l'allocazione delle risorse, per ridisegnare i setting, per ripensare le modalità di lavoro e di erogazione dei servizi. La Casa della Comunità è un vettore di *change management* trasformativo e non un processo di accumulazione sequenziale di ulteriori servizi e prestazioni.

## BIBLIOGRAFIA

- Ackerman Anderson L. (1986). Development, Transition or Transformation: The Question of Change in Organizations. In: Van Eynde D.F., Hoy J.C., Van Eynde D.C. (eds.) (1997). *Organization Development Classics*. San Francisco: Jossey Bass.
- Adams W.C. (2015). Conducting semi-structured interviews. *Handbook of practical program evaluation*, 4: 492-505.
- Ambroggi M., Biasini C., Del Giovane C. et al. (2015). Distance as a barrier to cancer diagnosis

and treatment: review of the literature. *Oncologist*, 20: 1378-1385.

Anderson D., Anderson L.A. (2002). *Beyond change management: Advanced strategies for today's transformational leaders*. San Francisco: John Wiley & Sons.

Anessi-Pessina E., Cicchetti A., Spandonaro F., Polistena B., D'Angela D., Masella C., ... Sottoriva C.B. (2021). Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni. *Mecosan*, 119: 89-118.



- AUSL Piacenza (2017). Il Piano di organizzazione e sviluppo della Sanità di Piacenza Rete ospedaliera, rete territoriale e sviluppo aziendale della AUSL di Piacenza. -- [http://www.ausl.pc.it/azienda/organizzazione\\_sviluppo/](http://www.ausl.pc.it/azienda/organizzazione_sviluppo/).
- Barley S. (1986). Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments. *Administrative Science Quarterly*, 31(1): 78-108.
- Barley S.R. (1990). The alignment of technology and structure through roles and networks. *Administrative Science Quarterly*, 35(1): 61-103.
- Barriball K.L., While A. (1994). Collecting data using a semi-structured interview: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing-Institutional Subscription*, 19(2): 328-335.
- Bason C. (2010). *Leading public sector innovation: Co-creating for a better society*. Bristol: Policy Press.
- Baumbusch J. (2010). Semi-structured interviewing in practice-close research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(3): 255-258.
- Becker H.S. (1971). *Sociological work*. Transaction publishers.
- Bertolini M., Bevilacqua M., Ciarapica F.E., Giachetta G. (2011). Business process re-engineering in healthcare management: a case study. *Business Process Management Journal*, 17(1): 42-66.
- Black L.J., Carlile P.R., Repenning N.P. (2004). A dynamic theory of expertise and occupational boundaries in new technology implementation: building on Barley's study of CT scanning. *Administrative Science Quarterly*, 49(4): 572-607.
- Bobini M., Furnari A., Ricci A. (2020). Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive nella rete ospedaliera nazionale. In: Cergas (a cura di). *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.
- Boscolo P.R., Fenech L., Rappini V., Rotolo A. (2019). Tecnologia e innovazione nei modelli di servizio in sanità. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2019*. Milano: Egea.
- Bucciardini R., D'Angelo C., Sinisi L. (2020). "La sanità del territorio". Salute e non solo Sanità. Come riorientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile. Roma: ASviS Alleanza italiana per lo sviluppo sostenibile, 13-16. <https://asvis.it/public/asvis2/files/Appfondimenti/PositionPaperGdLGoal3.pdf> (accesso 2021.07.20).
- Buchanan D., Addicott R., FitzGerald L., Ferlie E., Baeza J. (2007). Nobody in Charge: Distributed Change Leadership in Health Care. *Human Relations*, 60(7): 1065-1090.
- Camera dei Deputati, Servizio Studi Affari Sociali (2021). Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, n. 144, 1.3.2021. -- [http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?\\_1619198796640](http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?_1619198796640).
- Cavanna L., Citterio C. et al. (2021). Le cure oncologiche ed ematologiche sul territorio secondo il modello dell'ASL di Piacenza. Rendiconto di 4 anni consecutivi. *Recenti Prog Med* 2021, 112: 1-8.
- Compagni A., Mele V., Ravasi D. (2015). How early implementations influence later adoptions of innovation: social positioning and skill reproduction in the diffusion of robotic surgery. *Academy of Management Journal*, 58(1): 242-278.
- Damanpour F. (1991). Organisational Innovations: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. *Academy of Management Journal*, 34: 555-90.
- Damanpour F. (1992). Organizational Size and Innovation. *Organization Studies*, 13(3): 375-402.
- Damanpour F. (1996). Organizational Complexity and Innovation: Developing and Testing Multiple Contingency Models. *Management Science*, 42: 693-716.
- Dearnley C. (2005). A reflection on the use of semi-structured interviews. *Nurse Researcher*, 13(1): 19-28.
- Del Vecchio M., Lega F., Prentini A. (2016). La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipe itineranti. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2016*. Milano: Egea.
- Denis J.L., Hebert Y., Langley A., Lozeau D., Trotter L.H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev.*, 27(3): 60-73.
- Eccles M.P., Mittman B.S. (2006). Welcome to implementation science. *Implement. Sci.*, 1(1). DOI: 10.1186/1748-5908-1-1.
- Edmondson A., Bohmer R., Pisano G. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology Implementation in Hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4): 685-716.
- Ferlie E., Fitzgerald L., Wood M., Hawkins C. (2005). The non spread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1): 117-134.
- Fidel R. (1984). The case study method: A case study. *Library and Information Science Research*, 6(3): 273-288.
- Giudice L., Mallarini E., Preti L.M., Rappini V. (2021). 13 Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete. In: *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.
- Greenhalgh T., Robert G., Macfarlane F., Bate P., Kyriakidou O. (2004). Diffusion of Innovations in

- Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4): 581-629.
- Gummesson E. (1988). *Qualitative methods in management research*. Lund, Norway: Studentlitteratur, Chartwell-Bratt.
- Hartley J.F. (1994). Case studies in organizational research. In: Cassell C., Symon G. (edited by). *Qualitative methods in organizational research: A practical guide*, 209-29. London: Sage.
- Hendy J., Barlow J. (2012). The role of the organizational champion in achieving health system change. *Social Science and Medicine*, 74(3): 348-355.
- ISTAT (2022). Dati demografici per regione, provincia e comune. -- <https://www.istat.it/it/popolazione-e-famiglie?dati>.
- Junginger S. (2013). Design and innovation in the public sector: Matters of design in policy-making and policy implementation. *Annual Review of Policy Design*, 1(1): 1-11.
- Junginger S. (2015). Organizational design legacies and service design. *The Design Journal*, 18(2): 209-226.
- Kallio H., Pietilä A.M., Johnson M., Kangasniemi M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12): 2954-2965.
- Klein K.J., Sorra J.S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of management review*, 21(4): 1055-1080.
- Lawrenz F., Keiser N., Lavoie B. (2003). Evaluative site visits: A methodological review. *American journal of evaluation*, 24(3): 341-352.
- Linnander E.L., Mantopoulos J.M., Allen N., Nemphard I.M., Bradley E.H. (2017). Professionalizing healthcare management: a descriptive case study. *Int J Health Policy Manag.*, 6(10): 555-560.
- Lukas C.V., Holmes S.K., Cohen A.B., Restuccia J., Cramer I.E., Shwartz M., Charns M.P. (2007). Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health care management review*, 32(4): 309-320.
- Malmberg L., Rodrigues V., Lännerström L., Wetter-Edman K., Vink J., Holmlid S. (2019). Service Design as a Transformational Driver Toward Person-Centered Care in Healthcare. In: Pfannstiel M., Rasche C. (eds). *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-00749-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-00749-2_1).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2021). Missione 6: Salute- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021: 224-227. -- [www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf](http://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf).
- Mordenti P., Proietto M., Citterio C. et al. (2018). La cura oncologica nel territorio. Esperienza nella casa della salute: risultati preliminari nella provincia di Piacenza. *Recenti Prog Med.*, 109: 337-341.
- Mulgan G. (2014). *Design in public and social innovation: what works and what could work better*. Nesta (Ed.). Accessed January 15, 2018, -- from [https://www.nesta.org.uk/sites/default/files/design\\_what\\_works\\_what\\_could\\_work\\_better.pdf](https://www.nesta.org.uk/sites/default/files/design_what_works_what_could_work_better.pdf).
- Neodemos (2021). La situazione demografica dell'Emilia Romagna e le proiezioni al 2050. Rapporto di Ricerca. Associazione Neodemos.
- Odone A., Saccani E., Chiesa V., Brambilla A., Brianti E., Fabi M., ... Signorelli C. (2016). The implementation of a Community Health Centre-based primary care model in Italy. The experience of the Case della Salute in the Emilia-Romagna Region. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 52(1): 70-77.
- Orlikowski W.J. (2000). Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*, 11(4): 404-428.
- Perrone F., Di Maio M., Efficace F. et al. (2019). Assessing financial toxicity in patients with cancer: moving away from a one-size-fits-all approach. *J Oncol Pract*, 15: 460-461.
- Pfannstiel M.A., Rasche C. (2019). *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*. Berlin: Springer International Publishing.
- Provincia di Piacenza, Ufficio di Statistica (2021). La popolazione piacentina secondo i dati del nuovo censimento permanente riferiti all'anno 2019: evidenze dal confronto con gli altri territori e dall'analisi a livello comunale.
- Regione Emilia-Romagna (2010). Decreto Giunta Regionale 291, Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale. -- <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute/documentazione-case-della-salute/delibere>.
- Regione Emilia-Romagna (2016). Decreto Giunta Regionale 2128, Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa. -- <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cureprimarie/casedellasalute/documentazione-casedellasalute/delibere>.
- Regione Emilia-Romagna (2018). Le Case della Salute in Emilia-Romagna. -- <http://salute.regione.emiliaromagna.it/cure-primarie/case-della-salute>.
- Robert G., Greenhalgh T., MacFarlane F., Peacock

- R. (2010). Adopting and assimilating new non-pharmaceutical technologies into health care: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*, 2010 Oct; 15(4): 243-50. DOI: 10.1258/jhsrp.2010.009137. Epub 2010 Jun 30. PMID: 20592046.
- Rogers E.M. (1995). *The Diffusion of Innovations*, 4th edn. New York: Free Press.
- Rogers E.M. (2004). A Prospective and Retrospective Look at the Diffusion Model. *Journal of Health Communication*, 9(9): 13-19.
- Sangiorgi D. (2011). Transformative services and transformation design. *International Journal of Design*, 5(2): 29-40.
- Sligo J., Roberts V., Gauld R., Villa L., Thirlwall S. (2019). A checklist for healthcare organisations undergoing transformational change associated with large-scale health information systems implementation. *Health Policy and Technology*, 8(3): 237-247.
- Smith J. (2001). Redesigning health care: radical redesign is a way to radically improve. *BMJ*, 322: 1257-1258.
- Svengren L. (1993). Case study methods in design management research. *Design studies*, 14(4): 444-456.
- Sykes W. (1990). Validity and reliability in qualitative market research: A review of the literature. *Journal of the Market Research Society*, 32(3): 289-328.
- Tralongo P., Gebbia V., Mercadante S. et al. (2021). Cancer: new needs, new models. Is it time for a community oncologist? Another brick in the wall. *Cancer*, 13: 1919.
- Ugolini M. (2021). *Da Case della Salute a Case della Comunità: condizioni di fragilità e occasioni di rigenerazione urbana, Territorio*, 97 (2, supplemento): 147-153.
- Valentine M.A., Edmondson A.C. (2015). Team Scaffolds: How Mesolevel Structures Enable Role-Based Coordination in Temporary Groups. *Organization Science*, 26(2): 405-422.
- Van de Ven A.H., Polley D.E., Garud R., Venkataraman S. (1999). *The Innovation Journey*. Oxford: Oxford University Press.
- Whiting L.S. (2008). Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard*, 22(23), 35-40.
- Yin R.K. (1989). *Case study research: Design and methods*. Applied Social Research Series, Vol. 5. London: Sage.
- Yin R.K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). London: Sage.
- Yu E., Sangiorgi D. (2017). Service design as an approach to implement the value cocreation perspective in new service development. *Journal of Service Research*, 21(1): 40-58.
- Yu E., Sangiorgi D. (2018). Service design as an approach to implement the value cocreation perspective in new service development. *Journal of Service Research*, 21(1): 40-58.
- Zahra A.S., George G. (2002). Absorptive Capacity: A Review, Reconceptualization and Extension. *Academy of Management Review*, 27(2): 185-203.