

## Allegato 3.3

# SANITA' E ASSISTENZA TERRITORIALE TRA SFIDE E OPPORTUNITÀ<sup>1</sup>

*Un investimento strategico sulla sanità territoriale è oggi indispensabile. Esso rappresenta una delle priorità delle politiche pubbliche in tutti i territori, ma in particolare nelle aree marginalizzate. Di seguito, si riassumono con alcuni dati le fragilità e disuguaglianze dell'attuale contesto, si indicano le priorità a cui dovrebbe ispirarsi l'azione pubblica che verrà realizzata con risorse nazionali e comunitarie, ordinarie e straordinarie, e si argomenta che per disegnare un'offerta di servizi socio/sanitari calibrata sui bisogni specifici dei diversi territori, è necessario sviluppare percorsi partecipativi oggi insufficienti. Sono i percorsi che il metodo innovativo proposto consente di realizzare.*

## 1. Il contesto attuale.

### 1.1. L'assistenza distrettuale nel modello del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA

Il Ministero della Salute ha pubblicato lo scorso anno gli esiti della sperimentazione del modello del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, approvato lo scorso dicembre in Conferenza Stato-Regioni e in vigore dal 2020.

La nuova metodologia valuta separatamente il punteggio dei tre livelli di assistenza (ospedaliera, distrettuale e prevenzione), con un valore compreso in un *range* tra 0 e 100% e un valore minimo di garanzia del 60%.

È stata effettuata una sperimentazione su dati 2016, utilizzando un sottoinsieme degli 81 indicatori individuati, sei per l'area della prevenzione, nove per l'attività distrettuale, sette per l'attività ospedaliera. Utilizzando questo nuovo metodo, **sono nove le Regioni che garantiscono i LEA: Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche**, le stesse che si trovano in testa alla classifica della vigente Griglia LEA. Friuli-Venezia Giulia e Lazio non raggiungono il punteggio minimo in una sola attività, rispettivamente nella prevenzione e nell'area distrettuale. Subito dopo Abruzzo (appena sotto la sufficienza per l'attività distrettuale e ospedaliera) e Puglia (appena sotto la sufficienza in tutte e tre le aree). Seguono un sottogruppo di tre Regioni con una valutazione complessiva tra il 40 e il 50%: Basilicata, Sicilia e Calabria. I punteggi più bassi riguardano cinque Regioni: Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Molise, Sardegna e Campania.

Da notare che le insufficienze di maggior rilievo sono presenti **nell'area distrettuale** e, in misura minore, nella prevenzione, **confermando le carenze nell'assistenza territoriale** e l'insufficienza degli *screening* e delle coperture vaccinali già rilevate attraverso la Griglia LEA attualmente in vigore. Le attività ospedaliere, anche grazie alle riorganizzazioni alle quali si è dato luogo, ancorché con ritardo, fanno registrare risultati migliori.

<sup>1</sup> A cura di Cittadinanzattiva

Tab. 1– Punteggio riportato dalle Regioni secondo la nuova griglia LEA

Regioni	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Piemonte	6,30	86,19	78,82
Val d'Aosta	59,16	39,07	60,21
Lombardia	80,92	69,12	69,12
Bolzano - P. A.	49,57	36,24	70,37
Trento - P.A.	69,41	88,49	92,40
Veneto	63,66	84,41	82,71
Friuli Venezia Giulia	52,00	71,43	78,96
Liguria	65,34	86,39	74,50
Emilia Romagna	70,27	83,14	84,83
Toscana	70,73	80,50	89,13
Umbria	73,90	65,56	77,86
Marche	61,74	71,39	64,81
Lazio	65,24	56,32	66,16
Abruzzo	65,29	57,12	59,75
Molise	68,08	46,00	33,38
Campania	50,21	29,05	25,41
Puglia	55,68	58,75	59,27
Basilicata	68,71	41,41	68,40
Calabria	51,39	48,71	53,35
Sicilia	48,48	73,08	72,39
Sardegna	65,51	35,48	55,75

legenda

- > 80 %
- 70-80 %
- 60-70 %
- 50-60 %
- 40-50 %
- < 40 %

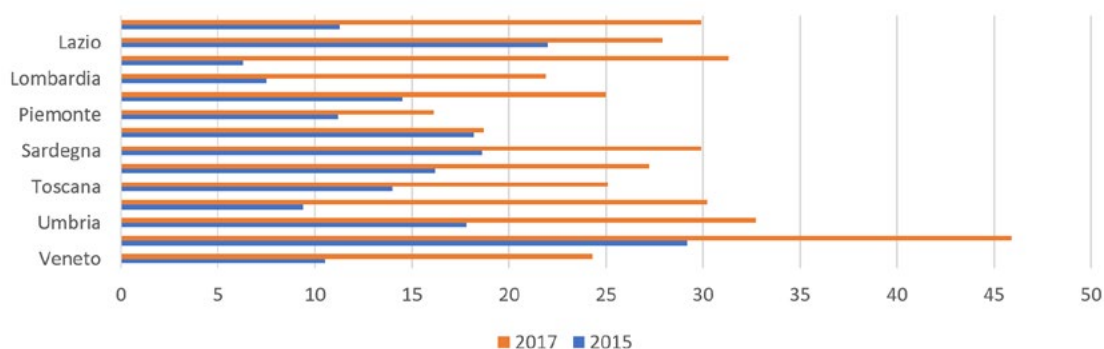
Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica

## 1.2 I dati dei cittadini: PiT Salute 2018

Un dato altrettanto interessante, riconducibile anch'esso alle differenze nella capacità di risposta ai bisogni dei cittadini tra i diversi servizi sanitari regionali, riguarda **le carenze della assistenza territoriale segnalata dai cittadini e sintetizzata all'interno del Rapporto annuale PiT Salute**. Si tratta di un'area per la quale si rileva una crescita particolarmente significativa delle segnalazioni, tanto da collocarla in testa alla classifica delle criticità in 7 Regioni<sup>2</sup>, ma con percentuali significative anche nel resto del Paese. Un tema che coglie in pieno una difficoltà strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, che i cambiamenti nei bisogni di cura ed assistenza che si sono rapidamente consolidati nel corso dell'ultimo decennio hanno acuito e reso assai più visibile nella vita quotidiana dei cittadini.

Tab. 2 – Segnalazioni in tema di Assistenza territoriale

### % di segnalazioni su Assistenza territoriale



Fonte: Cittadinanzattiva, Rapporto PiT Salute 2018

<sup>2</sup> Il grafico riporta solo i dati relativi alle Regioni che mostravano il tema dell'assistenza territoriale come il più segnalato da parte dei cittadini. Cfr Cittadinanzattiva, *Tra attese e costi, il futuro della salute in gioco* – XXI Rapporto PiT Salute.

### 1.3 I dati del monitoraggio civico: Fuori dall'ospedale dentro le mura domestiche

Il “Monitoraggio dei Servizi sul Territorio - Fuori dall'Ospedale e dentro le mura domestiche” che ha preso il via nel febbraio 2017 si sostanzia in un “percorso civico” di raccolta di informazioni, realizzato dalla cittadinanza attiva attraverso, nel nostro caso, l'utilizzo di questionari predisposti ad hoc per l'occasione e che pongono, in generale, l'attenzione su: presenza e dislocazione dei servizi, ruolo dei distretti, cure primarie, adozione delle nuove tecnologie (e-health), modalità di erogazione delle cure domiciliari, aderenza al percorso di cura, impegno a creare o rafforzare i percorsi assistenziali e la presa in carico, garanzia di integrazione e continuità delle cure.

**Il territorio è il luogo che dovrebbe rispondere meglio alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed essere garante di completezza, vicinanza e continuità delle cure** ma in questo momento, nonostante le norme e gli atti programmatori esistenti, è estremamente difficile descrivere in modo univoco come le Regioni stiano configurando un modello di offerta territoriale capace di garantire la presa in carico e in particolare quella di persone con una malattia cronica.

Oggi il bisogno di salute dei cittadini è sempre più correlato a molteplici dimensioni al punto che a una “diagnosi clinica” andrebbe sistematicamente affiancata una diagnosi cognitiva, comportamentale ma soprattutto sociale (bisogno sociosanitario). In alcune aree del Paese, in particolare modo nelle Regioni in piano di rientro, la famiglia si fa carico dei bisogni socio-sanitari insoddisfatti, a causa delle carenze e inefficienze della rete dei servizi sanitari e sociali ed è per questo che **Cittadinanzattiva, da tempo, ha suggerito la messa a punto di un Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi ai servizi sanitari territoriali, come del resto già fatto per gli ospedali, al fine di rafforzare il pilastro dell'assistenza sanitaria territoriale pubblica che sappiamo essere fondamentale per la presa in carico, garantendo così pari diritti ai cittadini su tutto il territorio nazionale.**

A fronte di un contesto epidemiologico caratterizzato da malattie croniche, non autosufficienza, disabilità, comportamenti a rischio per la salute e delle proiezioni epidemiologiche future, ancora si fatica a individuare una “strategia univoca” centrata sul cittadino, finalizzata a una maggiore integrazione professionale, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), orientata a un'efficace organizzazione dei servizi e affiancata dalla partecipazione di cittadini e associazioni di pazienti.

### 1.4 Regione che vai modello che trovi

L'invecchiamento della popolazione è strettamente correlato all'aumento delle patologie croniche e i pazienti che invecchiano sono spesso affetti da più malattie (comorbidità). Con tali modificazioni epidemiologiche e con l'aumento della domanda di cura, è diventato sempre più centrale il tema delle cure primarie, unitamente alla necessità di aggiornare i modelli di organizzazione sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 2012 il Decreto Balduzzi, convertito poi in legge, ha ridisegnato nel nostro Paese il sistema delle cure primarie, caratterizzandosi, nei contenuti, per un approccio proattivo ispirato al Chronic Care Model<sup>3</sup> e affidando alle Regioni il compito di riorganizzare i servizi territoriali mediante nuo-

<sup>3</sup> Il Chronic Care Model (CCM) è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato in California dal professor Wagner e dai suoi colleghi del McColl Institute for Healthcare Innovation. Il modello propone una serie di cambiamenti nell'offerta dei servizi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio “proattivo” da parte del personale sanitario nei confronti dei pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale. Questo approccio è stato incluso nei Piani Sanitari Regionali di diverse Regioni proprio con l'obiettivo di passare da un modello di “Medicina d'attesa”, dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una “Sanità d'iniziativa”. Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche quali: scompenso, diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva che assorbono un'elevata quantità di risorse al Servizio Sanitario Nazionale.

vi assetti organizzativi. L'obiettivo principale era di superare la vecchia concezione del rapporto tra medico e paziente, fondato su "contatti individuali", per arrivare a promuovere un associazionismo tra professionisti e garantire la presa in carico e l'assistenza H24, sette giorni su sette.

Una riforma che rischia di tradursi in semplice riordino demandato interamente alle Regioni che hanno il ruolo di programmazione, controllo ed organizzazione del servizio sanitario. A distanza di qualche anno la Legge Balduzzi, nella sua applicazione, presenta ancora luci e ombre con una varietà di situazioni: alcune Regioni sono andate verso la direzione indicata dalla legge e dunque verso lo sviluppo di due uniche forme aggregative sul territorio AFT e UCCP (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie), altre Regioni hanno seguito un orientamento differente, mantenendo i precedenti assetti organizzativi.

Nel 75% delle Regioni monitorate<sup>4</sup> le funzioni delle AFT sono riportate negli atti regionali, a mancare è l'esplicitazione di criteri per il coordinamento (AFT e UCCP), dato fermo al 63%.

Complessivamente, il quadro d'insieme appare poco aderente alla Legge Balduzzi: tante sigle e modelli plurimi che fondamentalmente sono lo specchio di un diverso modo di agire delle Regioni italiane che attribuiscono all'assenza dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali (ACN) la mancata/non piena attuazione della riforma. Molte le differenze registrate dall'indagine: nella integrazione, interoperabilità e adeguatezza dei sistemi informatizzati regionali; nei servizi di continuità assistenziale; nei servizi di cure intermedie e nei servizi sentinella; nella presenza di reti per garantire percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio; nei servizi di sanità digitale; nell'assistenza domiciliare<sup>5</sup>.

La riorganizzazione delle cure primarie e l'offerta dei servizi sul territorio resta un'oggettiva necessità che richiede una seria attenzione politica, sia per la revisione e rimodulazione dell'assistenza ospedaliera così come definita dal DM.70/15, sia in virtù del recente Piano Nazionale della Cronicità.

Quest'ultimo ha segnato una svolta nell'approccio alla malattia: rende centrale la persona (non la malattia) nel sistema di cure, indica come favorire il buon funzionamento delle reti assistenziali, modula la continuità assistenziale a partire dal grado di complessità della patologia, suggerisce l'inserimento precoce del paziente cronico nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) e ricorda di potenziare le cure domiciliari e, più in generale, i modelli assistenziali centrati sui bisogni socio- sanitari.

Anche il Patto per la Salute ribadisce il nuovo modello multiprofessionale e interdisciplinare dell'assistenza territoriale (AFT, UCCP), suggerendo un approccio proattivo e iniziative mirate nei confronti dei malati cronici.

Il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, avviato a macchia di leopardo, paga fortemente la mancata adozione di standard per l'assistenza territoriale che avrebbero rappresentato una risposta efficace alla disomogeneità dell'offerta di servizi tra le Regioni, dalla quale derivano evidenti disuguaglianze tra cittadini. Questa carenza è marcatamente evidente al paragrafo 10 del DM. 70/15, dove, in poche righe, vengono date indicazioni alle Regioni per garantire la "Continuità Ospedale-Territorio".

La riorganizzazione ha riguardato il livello aziendale e distrettuale: il 46% delle ASL (partecipanti al monitoraggio) è stato coinvolto in un processo di accorpamento aziendale con l'obiettivo

4 Il dato è stato fornito da 10 Regioni: Campania, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

5 [https://www.cittadinanzattiva.it/files/primo\\_piano/salute/primo-monitoraggio-nazionale-sui-servizi-sanitari-sul-territorio-Rapporto-definitivo.pdf](https://www.cittadinanzattiva.it/files/primo_piano/salute/primo-monitoraggio-nazionale-sui-servizi-sanitari-sul-territorio-Rapporto-definitivo.pdf)

di migliorare l'efficienza nell'erogazione e rafforzare una gestione strategica unitaria. Nell'82% dei casi non sono stati costituiti nuovi distretti; nel 43% dei casi i distretti sono stati accorpati<sup>6</sup>.

Il ruolo dei distretti è fondamentale per l'integrazione sociosanitaria; al distretto viene infatti demandata la responsabilità nella programmazione locale degli interventi, da esercitare agendo insieme al Comune ed elaborando il piano integrato di salute o, ad esempio, il Piano di Zona (redatto nel 79% dei distretti monitorati).

Tuttavia, dall'analisi effettuata, in diversi casi il distretto stenta a rappresentare quel luogo di sperimentazione o innovazione che ci si attendeva.

Al contempo, il processo di riconversione degli ospedali è ancora lento: ritenere che sia possibile prendere in carico i cittadini e garantire loro la continuità assistenziale senza investire ovunque in strutture post-acuzie appare del tutto velleitario. Nel frattempo, il taglio dei posti letto effettuato nel 2016 ha interessato circa il 60% delle Regioni campione<sup>7</sup>; ad eccezione di Puglia, Lazio e Umbria che non hanno adottato tagli, in Campania, Emilia Romagna e Veneto la flessione media, rispetto al 2015, è risultata pari al 2,74%, con punte pari addirittura al 21,5% in Molise.

## 2. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale

Il Patto per la Salute prevede la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione. Questo, puntando al potenziamento dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale per prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione. Prevede l'ampliamento della sperimentazione della Farmacia dei servizi come presidio rilevante per la presa in carico dei pazienti ed il controllo dell'aderenza terapeutica degli stessi, valorizza l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, nell'ambito della continuità dell'assistenza e dell'aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili.

Sono obiettivi importanti e condivisibili. Ma il loro conseguimento richiede due cose: una forte partecipazione dei cittadini; la fissazione e realizzazione di alcune priorità.

### 2.1 La partecipazione e il confronto pubblico

Se si vuole dare effettiva attuazione agli indirizzi del Patto per la Salute, adattandoli alle specificità dei diversi contesti territoriali, lungo le linee di seguito tracciate, è necessario un impulso deciso e forte, anche e molto dalla società civile.

**Per disegnare un'offerta di servizi socio/sanitari calibrata sui bisogni specifici dei diversi territori**, è infatti necessario sviluppare **percorsi partecipativi**, in grado di assicurare la **mobilitazione delle comunità**, estendendo e rendendo sistemico l'approccio utilizzato in questo ambito dalla Strategia Nazionale delle Aree Interne. Questo, partendo dal presupposto che il valore della sussidiarietà è quello **“valorizzare le specificità” in un quadro di esigibilità dei diritti chiaro e trasparente** e nella consapevolezza che l'opportunità di fare un lavoro di **“rendicontazione partecipata”** delle tante risorse a disposizione fornisce l'occasione per rinsaldare quel rapporto di fiducia tra cittadini ed istituzioni, progressivamente venuto meno in questi anni.

<sup>6</sup> Ibidem, cfr pag. 100.

<sup>7</sup> Ibidem, cfr pag. 42.



## 2.2 Quattordici priorità per l'azione pubblica

Per quanto riguarda l'azione pubblica, a cui potrà dare un concorso determinante la disponibilità di accresciute e mirate risorse finanziarie, essa dovrà ispirarsi ad alcune priorità. Ecco.

1. **Definire “il DM 70 del territorio” individuando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici che consentono di assicurare a tutti i cittadini in tutto il Paese parametri uniformi dell'assistenza territoriale.** Le disuguaglianze di accesso ai servizi sono spesso frutto di sistemi di offerta non attenti ai bisogni dei territori e della popolazione residente. Da qui la necessità della definizione di standard che puntino al miglioramento dei risultati dell'assistenza prestata (in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità di accesso, efficienza) partendo da una attenta analisi dei bisogni assistenziali e delle peculiarità, anche organizzative, dei vari contesti in un quadro di esigibilità dei diritti.
2. **Completare il processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta,** favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, attraverso la contrattazione collettiva e la definizione di modelli che sappiano adattarsi ai diversi contesti.
3. **Passare dalla “continuità” alla “rete ospedale-territorio”.** Non sono più sufficienti, laddove sono stati attuati, i pur importanti protocolli di “continuità” o di “presa in carico”. È necessario che gli ospedali, soprattutto quelli più piccoli, diventino a tutti gli effetti parte della rete dei servizi di comunità. Non più luoghi di attesa del bisogno che si presenta alle loro porte ma riferimento specialistico della popolazione a cui si rivolgono, **strutturati dentro la comunità e non separati da essa.**
4. **Puntare sulla delocalizzazione delle cure dall'ospedale al territorio e più in generale in luoghi più prossimi al paziente, investendo risorse strutturali e di personale sanitario sui Distretti, sull'ADI e sulle cure primarie.**

L'emergenza Covid – 19 ha mostrato che alcune innovazioni dei modelli assistenziali sono possibili e possono permanere in maniera strutturale anche successivamente alla fase emergenziale purché il processo di cambiamento sia sostenuto anche da investimenti nelle strutture e nel personale sanitario. I modelli di assistenza che si stanno concretizzando in questa fase vedono lo spostamento di diverse prestazioni dall'ospedale (DH o ambulatori) al domicilio del paziente o verso i distretti sanitari con il forte coinvolgimento dei MMG e PLS:

- la somministrazione di farmaci (ad esempio per pazienti oncologici) al di fuori degli ospedali, utilizzando le diramazioni territoriali delle ASL/ASST o il domicilio del paziente;
  - il passaggio, laddove possibile e opportuno, a vie di somministrazione delle terapie farmacologiche presso le diramazioni territoriali o a domicilio;
  - la consegna al domicilio del paziente, nei casi di particolari difficoltà di spostamento, di quelle terapie farmacologiche normalmente distribuite in modalità diretta (PHT), previa autorizzazione del medico referente;
  - l'espletamento delle vaccinazioni in luoghi alternativi ai centri vaccinali e più prossimi ai cittadini come presso i MMG e i PLS, i luoghi di lavoro, le farmacie, le scuole ecc.
5. **Investire sull'assistenza domiciliare integrata (ADI) con finanziamenti strutturali e continuativi nel tempo per assicurare il necessario** incremento del personale sanitario dedicato, potenziare la dotazione strumentale e tecnologica a disposizione del personale sanitario, garantire maggiore multidisciplinarietà degli interventi.

6. **Potenziare i servizi di telemedicina** per garantire la continuità delle cure (per controlli e consulti) e la gestione dei pazienti al domicilio, attraverso una delocalizzazione delle cure pienamente rispondente ai criteri di efficacia, efficienza e sicurezza, investendo in piattaforme informatiche integrate tra gli ospedali e i presidi territoriali.
7. **Ripensare la formazione dei professionisti che operano sul territorio.** Per rispondere ai bisogni di cura sempre più complessi è necessario adottare un approccio socio-sanitario integrato e coordinato. Questo richiede una seria riflessione, da parte delle Università e delle Scuole di specializzazione, sulle tipologie di professionisti formare, ad oggi ancora troppo orientate a formare medici di direzione ospedaliera e poco rispondenti alle esigenze della medicina di comunità.
8. **Strutturare servizi di consegna al domicilio di farmaci e dispositivi medici** per i pazienti cronici, avviando collaborazioni volte ad agevolare le modalità di consegna a domicilio con l'attivazione di programmi di supporto e counseling al paziente<sup>8</sup>.
9. **Implementare il fascicolo sanitario elettronico** semplificandone l'accesso, assicurando l'interoperabilità dei dati tra le diverse infrastrutture tecnologiche e promuovendo azioni di informazione alla cittadinanza.
10. **Agevolare la messa in rete delle farmacie** con gli altri attori che tutelano la salute pubblica, per favorire sinergie. La farmacia può infatti svolgere un ruolo importante come attore e strumento di coesione sociale, a servizio della lotta alle disuguaglianze, in particolare nelle Aree Interne.
11. Investire nella diffusione **dell'ostetrica di comunità e dell'infermiere di comunità**, due figure che si sono rivelate molto utili, in particolare nelle Aree Interne, per rispondere ai bisogni dei pazienti, soprattutto, nell'ultimo caso, di quelli fragili.
12. Potenziare i **servizi di supporto alle famiglie** con particolari fragilità (quali demenze, autismo, problemi di salute mentale, dipendenze e disturbi del comportamento alimentare), sulle quali grava un peso molto oneroso per l'assistenza, assicurando uniformità e pari opportunità di accesso ai servizi in tutto il territorio nazionale.
13. **Investire sul ruolo dei caregiver** riconoscendone appieno il ruolo attraverso: interventi "personalizzati" e modulati nel tempo, sul bisogno della persona e del caregiver e sul percorso di cura condiviso che coinvolgano non solo le risorse istituzionali ma anche il "volontariato" e il "welfare di comunità"; interventi che identifichino il caregiver come titolare del progetto di vita con la conseguente condivisione di "scelte informate" sul percorso di cura; formazione e orientamento del caregiver sui diritti, i servizi accessibili, le competenze operative e relazionali; semplificazione del percorso di riconoscimento della qualifica di caregiver familiare; sostegno psicologico per l'orientamento anche attraverso gruppi di sostegno o di auto-mutuo aiuto.
14. **Implementare il welfare sanitario d'iniziativa**, un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che "va incontro" al cittadino prima che le patologie insorgano o si aggravino, puntando sulla prevenzione e l'educazione prendendo a riferimento il Chronic Care Model.

<sup>8</sup> <https://www.fondazioneinnovazioneurbana.it/progetto/cantiereconsegneetiche>