POLITECNICO DI TORINO
Repository ISTITUZIONALE

Facilities for Territorial Medicine: the experiences of the regions of Piedmont and Lombardy - Strutture per la medicina del territorio: esperienze

Original
Facilities for Territorial Medicine: the experiences of the regions of Piedmont and Lombardy - Strutture per la medicina del territorio: esperienze
delle Regioni Piemonte e Lombardia / Capolongo, S., Mauri, M., Peretti, G., Pollo, R., Tognolo, C.. - In: TECHNE. - ISSN 2239-0243. - STAMPA. - 09:(2015), pp. 230-236. [10.13128/Techne-16128]

Availability:
This version is available at: 11583/2624862 since: 2017-11-24T12:37:43Z

Publisher:
Firenze University Press

Published
DOI:10.13128/Techne-16128

Terms of use:

This article is made available under terms and conditions as specified in the corresponding bibliographic description in the repository

Publisher copyright

(Article begins on next page)

02 November 2026

Strutture per la medicina del territorio: esperienze delle Regioni Piemonte e Lombardia

Stefano Capolongo, Dipart. di Architettura, Ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito ABC, Politecnico di Milano, Italia stefano.capolongo@polimi.it
Maurizio Mauri, Centro Ricerca Medica Avanzata, Italia maurizio.mauri@cerba.it
Gabriella Peretti, Dipartimento di Architettura e Design DAD, Politecnico di Torino, Italia gabriella.peretti@polito.it
Riccardo Pollo, Dipartimento di Architettura e Design DAD, Politecnico di Torino, Italia riccardo.pollo@polito.it
Chiara Tognolo, Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito ABC, Politecnico di Milano, Italia chiara.tognolo@polimi.it

Abstract. Negli ultimi anni la transizione demografica e epidemiologica ha reso obsoleto un sistema sanitario ospedale-centrico ed ha evidenziato la necessità di una nuovo assetto sociosanitario territoriale centrato sulla presa in carico del paziente, sul lavoro in team e in grado di assicurare, attraverso strutture dedicate, continuità di cura e integrazione socio-assistenziale.
Le principali trasformazioni in campo normativo hanno quindi orientato gli investimenti strutturali ed economici verso poli in rete con gli ospedali che rappresentano i nuovi punti di riferimento per la salute dei cittadini, dove i servizi di assistenza primaria si integrano con il territorio ed i servizi specialistici di sanità pubblica.
Tali strutture costituiscono il paradigma organizzativo al quale le realtà regionali dovranno tendere.
L'articolo riporta recenti esperienze condotte nell'ambito delle regioni Piemonte e Lombardia in questo settore e la ricerca in corso in ambito del CNETO per conto della Regione Lombardia.

Parole chiave: Medicina territoriale, Cure primarie, Continuità assistenziale, Salute, Multidisciplinarietà

Introduzione

Un sistema sociosanitario, che risponda alle esigenze dei pazienti e del personale medico e infermieristico, deve necessariamente fare riferimento a reti di strutture e operatori, con caratteristiche tali da assicurare la continuità dei servizi e garantire percorsi assistenziali adeguati ed appropriati. Tale sistema comprende oltre i servizi erogabili nell'ospedale anche i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio in un quadro generale di riferimento che va ridisegnato alla luce dell'evoluzione delle modalità di cura e dell'esigenza di razionalizzazione dell'uso delle risorse. Gli ospedali devono essere sempre più orientati ad interventi di grande complessità e di breve durata con numero di letti e tempi di degenza, quindi, sempre più contenuti, a fronte di una equilibrata distribuzione sul territorio per soddisfare esigenze degli utenti in termini di fruibilità e qualità ottimali.
Le strutture socio assistenziali diffuse sul territorio, che rappresentano la cosiddetta medicina del territorio, devono essere riorganizzate in rete. L'obiettivo generale consiste nel farsi carico delle cure di base, della prevenzione, del trattamento degli stati post-acuzie, delle forme cronico-degenerative, delle riabilitazioni e degli aspetti sociali della salute, implementando, là dove opportuno, le cure domiciliari integrate. In questo contesto si potranno avere condivisioni e interazioni per una più efficace comunicazione e fruizione delle informazioni, e azioni maggiormente coordinate e integrate degli attori coinvolti attraverso lo sviluppo di tecnologie e sistemi ICT che consentano l'attivazione di nuovi modelli di attività e servizi anche nelle forme innovative di e-sanità in tutta l'area della salute e del benessere. Il sistema delle cure nell'ambito della medicina del territorio in una logica di rete ha specificamente l'obiettivo di garantire una presa in carico integrata dei bisogni degli assistiti sulla base di un concetto di continuità delle cure e condivisione dei percorsi. (Terranova, 2007)
Tra le prime ipotesi di questo sistema di cure troviamo il progetto Casa della Salute, proposto nel 2007 dal Ministro della Salute Livia Turco, nell'intento di rafforzare il sistema territoriale, come «secondo pilastro del Servizio Sanitario Nazionale» (Ministero della Salute, 2007), ad integrazione del sistema ospedaliero.
Il DM 10 luglio 2007, attuativo delle previsioni della Legge Finanziaria 2007, definisce la Casa della Salute «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

Facilities for Territorial Medicine: the experiences of Piedmont and Lombardy Regions

Abstract. In recent years, the demographic transition and epidemiological has made the health system hospital-centric obsolete and has highlighted the need for a new organization focused on territorial health community, taking charge of the patient, on team work and can ensure, through dedicated facilities, continuity of care and integration of social welfare.
The main changes in the regulatory field have thus oriented investments both structural and economic towards poles to network with hospitals that represent new points of reference for the health of citizens, where primary care services are integrated with the territory and the specialized services of the Public Health departments.
These facilities provide the organizational paradigm to which the regional realities must strive.
The article reports recent experiments conducted within the regions of Piedmont and Lombardy in this sector and the ongoing research in the field of CNETO on behalf of the Lombardy Region.

Keywords: Territorial medicine, Primary care, Assistance continuity, Health, Multidisciplinary approach

Introduction

A social health system that meets the needs of patients and the medical and nursing personnel, must necessarily refer to networks of facilities and operators, with a standard that ensures the continuity of services and ensure adequate and appropriate healthcare paths. This system includes not only payable services of hospitals but also health services also social, spread over the territory in a general framework that needs to be redrawn in light of how to care and the need to rationalize the use of resources. Hospitals have to be more and more oriented to interventions of great complexity and short duration with a number of beds and hospitalization times, thus, more and more contents, compared to a balanced distribution on the territory to meet the needs of users in terms of usability and optimized quality. The social assistance facilities throughout the area, representing the so-called medicine of the territory, must be reorganized on the network.
The overall objective is to take charge of basic health care, prevention, treatment of the post-acute, chronic degenerative forms, of rehabilitation and social aspects of health, implementing, where appropriate, the integrated home care. In this context, there could be have sharing and interactions for a more effective use of information and communication, and

ISSN online: 2239-0243 | © 2015 Firenze University Press | http://www.fupress.com/techne
DOI: 10.13128/Techne-16128

dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, [la Casa della Salute, NdR] deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle Cure Primarie».
Allora esistevano già diverse esperienze territoriali in quest'ambito, anche se disomogenee tra loro, quali le Società della Salute della Regione Toscana, i percorsi del paziente organizzati nei distretti come in Friuli Venezia Giulia, il modello delle cure domiciliari del Piemonte e i diversi modelli di associazionismo medico, per citarne solo alcune. Oggi il sistema si è evoluto e in quasi tutte le Regioni sono presenti diverse tipologie più o meno complesse. Tuttavia, queste esperienze mostrano ancora evidenti disomogeneità, duplicazione di competenze e stentano ad attuare la totale presa in carico del paziente con le sue articolate esigenze (Muraro, 2009; Age.na.s, 2009).
A livello internazionale i riferimenti sono alle esperienze anglosassoni sviluppate a partire dai *Community Health Center* sino alle forme attuali di associazione dei medici di famiglia. L'elemento programmatore di rilievo è la gestione delle relazioni e l'interconnessione funzionale tra strutture ospedaliere e territoriali, tra attività sanitarie e attività assistenziali. L'integrazione tra i diversi erogatori dei servizi socio-sanitari pone quindi l'accento sulla necessità di un governo del sistema contro i rischi di diluizione, duplicazione e dispersione delle attività.

Le esperienze del Piemonte Dopo il decreto del Ministro Turco il Piemonte ha sperimentato 23 strutture della rete dei servizi sociosanitari: Gruppi di cure Primarie e Case della Salute che sono stati monitorati nello studio condotto dal dipartimento DINSE del Politecnico di Torino nel 2010. In questo studio sono stati definiti gli obiettivi delle Case della Salute e classificate le strutture in relazione alle prestazioni offerte distinguendole in tipologie di bassa, media, alta complessità. Tale articolazione è stata elaborata anche sulla base dei modelli organizzativi già definiti a livello di ricerca da Ferdinando Terranova et al. (Terranova 2007).
L'indagine sviluppata ha censito le strutture avviate definendone il profilo dell'utenza, le prestazioni erogate e la consistenza e qualità degli spazi dedicati. La metodologia applicata è stata quella dell'analisi esigenziale-prestazionale.
Nel 2012, la Regione Piemonte, a seguito dell'esperienza citata ha avviato l'ulteriore sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP) (AReSS Piemonte, 2013).
L'ipotesi di tali strutture risponde essenzialmente all'esigenza di riorganizzare l'attività dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS) in una direzione di coordinamento delle attività, di garanzia di continuità dell'assistenza nell'arco delle 24 ore, insieme con i servizi di Guardia Medica, e di riduzione degli accessi impropri ai Pronti Soccorso e DEA.
I CAP, strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei Distretti, rappresentano la base dell'organizzazione delle Cure Primarie e sono punto di riferimento per i cittadini e gli operatori socio sanitari del territorio. Essi si pongono l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera, estendendo la presa in carico anche nella fascia notturna e festiva, attraverso il servizio della continuità assistenziale.
In base ai livelli di prestazione è possibile individuare due diversi modelli funzionali. Il CAP di I livello è una struttura autonoma che recupera le funzioni di base afferenti alle Cure Primarie ed ai servizi correlati alla presa in carico del paziente e alla gestio-

more coordinated and integrated actions of those involved through the development of ICT technologies and systems that enable the implementation of new business models and services even in innovative forms of e-health in the whole area of health and wellness. The system of health care in medicine of the area in a logic network has particularly the objective of ensuring taking charge of the integrated needs of the assisted on the basis of a concept of continuity of care and sharing paths. (Terranova, 2007)
Among the first hypotheses of this health care system we find the project "Casa della Salute", literally House of Health, proposed in 2007 by the Health Minister Livia Turco, in order to strengthen the territorial system, as the "second pillar of the National Health System (Ministry of Health, 2007) " to integrate in the hospital system.
The DM 10 July 2007 implementation of the provisions of the Finance Act 2007, defines the "Casa della Salute" "multipurpose facility capable of delivering in the same physical space of the overall performance of social care by fostering, through the contiguous spaces of services and operators, the unity and integration of essential levels of health and social services, [the "Casa della Salute" NdR] should be the reference structure for the delivery of all of the Primary Health Care". Earlier there were various other territorial experiences in this area, although inconsistent between them, such as the Società della Salute of the Region of Tuscany, the paths of the patient as organized in the districts in Friuli Venezia Giulia, the model of homecare of the Piedmont and the different models of medical associations, to name just a few. Today the system has evolved and there are different typologies of varying complexity in almost all regions. However, these experiences still show still obvious inconsistency, duplication expertise and are struggling to implement the total charge of the patient with its complex needs.(Muraro,2009)(Age.na.s,2009)
The international references are to the Anglo-Saxon experience of the Community Health Centers until the contemporary forms of association of general practitioners' clinics.
The relief program element is the management of relations and the functional interconnection between hospitals and territory, including healthcare and assistance activities. The integration between the various providers of health and social services then focuses on the need for a 'governance' of the system against the risks of dilution, dispersion and duplication of activities.

Experiences of Piedmont
After the decree of the Minister Turco, Piedmont has tested 23 facilities of the network of social health services: Community Health Centers, called "Case della Salute", literally Health Homes, that were monitored in the study conducted by the department DINSE Turin Polytechnic in 2010. In this study objectives of the Community Health Centers were defined and the structures in relation to the benefits offered in distinguishing types of low, medium, high complexity were classified. This segment was prepared on the basis of organizational models already defined at research level by Ferdinando Terranova et al. (Terranova 2007)
The developed study has surveyed

ne dei percorsi di cura e assistenza, integrando tali attività con i servizi per l'assistenza specialistica e diagnostica. Il CAP di II livello (Centro Integrato di Primo Soccorso), invece, è una struttura integrata al CAP di I livello e ai servizi di pronto soccorso ospedaliero, finalizzata alla continuità assistenziale ed a supportare la rete dell'emergenza-urgenza relativamente alla gestione dei codici bianchi e verdi. Le funzioni di supporto amministrativo, valutazione e indirizzamento sono da ritenersi trasversali alle due diverse tipologie di CAP, seppur specificatamente connotate rispetto alle attività cui si riferiscono.
Le attività dei CAP sono organizzate secondo le seguenti aree funzionali: amministrativa, accesso, diagnostica strumentale, patologie croniche, cure primarie, assistenza specialistica, sorveglianza temporanea, attività socio sanitarie e riabilitative.
La sede del Centro è unica, con possibili articolazioni sub distrettuali ed è messa a disposizione dall'ASL. Devono essere utilizzate le strutture sanitarie ad oggi disponibili e per riconversione di strutture ospedaliere, edifici messi a disposizione dai Comuni, sedi specificamente progettate ed edificate. La struttura deve in ogni caso contenere spazi, attrezzature e tecnologie adeguati a supportare il lavoro congiunto dei diversi professionisti sanitari che vi operano.
Al fine di consentire la riconoscibilità delle strutture che ospitano i Centri di Assistenza Primaria sul territorio (CAP), è prevista l'applicazione di regole progettuali ed elementi comuni che contribuiscano a creare un'immagine omogenea tra i diversi presidi e a definire caratteri identificativi specifici dei CAP.
La Regione Piemonte, oggi, dopo una prima revisione della rete ospedaliera che ha visto l'accorpamento delle Aziende Ospedaliere, sta procedendo alla riorganizzazione della medicina del territorio con l'obiettivo specifico di individuare il modello organizzativo, i principi di informatizzazione per il collegamento in rete di tutti i soggetti e le strutture coinvolte nel sistema di governo e di erogazione delle risposte territoriali. In particolare si stanno definendo i centri di responsabilità e le competenze della continuità assistenziale, che presuppongono la costituzione di un sistema tra tutti i soggetti e le strutture coinvolte. In questo contesto il Distretto assumerebbe il ruolo di struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale e di garante della connessione/collaborazione tra ospedale e strutture periferiche sul territorio.

Le esperienze della Lombardia

In Lombardia, sono stati introdotti recentemente dal Libro Bianco (Regione Lombardia, 2014) presentato dalla Commissione regionale Sviluppo Sanità i Centri Socio-Sanitari Territoriali (CSST). Tale proposta si integra e sviluppa le politiche regionali in merito alla presa in carico da parte della medicina del territorio delle patologie croniche, alla promozione della medicina di gruppo tra MMG e PLS e alle altre misure di medicina di iniziativa, di long term care e di riconversione di strutture ospedaliere esistenti in strutture per la post-acuzie.
I CSST rappresentano il punto di accesso al sistema della salute regionale, il luogo di incontro tra le diverse figure professionali nonché un elemento di integrazione tra l'ospedale e il territorio. Come tali devono essere caratterizzati da tempi di apertura compatibili con i ritmi della vita lavorativa (H12), aperti alle esigenze di una società multiculturale e garanti dello sviluppo di una sanità di iniziativa, attraverso campagne di prevenzione, educazione sanitarie e attività fisica adattata.

structures and defined the profile of the user, the benefits paid and the consistency and quality of the facilities. The methodology used is based on evaluation of requirements and performances.
In 2012, the Piedmont Region, as a result of the experience quoted, initiated an additional testing of Primary Care Centres (CAP). (AReSS Piedmont, 2013)
The hypothesis of such facilities essentially addresses restructuring of the activities of general practitioners (GPs) and pediatricians (PLS) in a direction of coordination of activities, to guarantee continuity of care in the span of 24 hours, along with the services of Emergency Medical Service, and reduction of improper access to the Emergency Aid.
The CAP, multifunctional structures which bring together and coordinate the skills and services of the districts, are the basis of the organization of the Primary Health Care and are a reference point for citizens and medical social workers of the area. They aim to provide citizens with with a wider offer and a landmark in the daily charge time zone, extending even taking over during the night and festivities through the service of continuity of care. Based on the level of performance you can identify two different functional models. The CAP Level I is "autonomous" that recovers the basic functions related to the Primary Health Care and associated services to taking charge of the patient and the management of care paths and service, integrating these activities with the services for 'specialist care and diagnostics. The CAP Level II (Integrated Centre of First Aid), however, is an integrated structure to CAP Level I and services of hospital emergency room, aimed at the continuous assistance and support the network of the emergency-urgency regarding the management of white and codes. The functions of administrative support, evaluation and addressing are considered transversal to the two different types of CAP, although specifically connoted compared to the activities to which they refer.
The activities of the CAP are organized in the following functional areas: administration, access, instrumental diagnostics, chronic diseases, primary care, specialist care, temporary surveillance, social health activities and rehabilitation.
The headquarters of the Center is one, with possible joint sub district and is made available by the ASL. The health facilities available to date and for the conversion of hospitals, buildings made available by the municipalities, locations particularly designed and built must be used. The structure must in any event contain spaces, equipment and technologies appropriate to support the combined work of the various health care professionals who work there.
In order to allow the recognition of the facilities that host Primary Care Centres (CAP) in the territory, it is expected to apply designed rules and common elements that help to create a coherent picture of the various principals and define characters identifying specific CAP.
The Piedmont Region, today, after an initial review of the hospital network that has seen the consolidation of hospitals, is proceeding with the reorganization of medicine of the territory with the specific goal of identifying the organizational model,

I CSST, dovendo assicurare una presa in carico e un accompagnamento multidimensionale, devono prevedere la presenza di diverse figure professionali quali MMG e PLS in forma organizzata, Infermieri, *Disability and case manager*, Educatori, Psicologi, Assistenti Sociali e Operatori del settore, Medici specialisti e, infine, associazioni di volontariato.
La progettazione di queste realtà territoriali deve tener conto della localizzazione e del contesto di relazioni in essere nella specifica ASL. Sono previste configurazioni diverse a seconda che il Centro sia localizzato in una città metropolitana come Milano, in una città di provincia o in una zona montana e/o rurale, dove non è opportuno privare i piccoli paesi dall'assistenza del MMG. Il grado di complessità delle funzioni specialistiche che si affiancano ai servizi di assistenza primaria deve, quindi, essere valutato in relazione al livello di pre-esistenza di queste funzioni dislocate puntualmente nell'area di pertinenza del CSST e in relazione a scelte strategiche definite a priori relative ai servizi e alle prestazioni da erogare.
Mediamente, per raggiungere adeguati livelli di efficienza, la Regione Lombardia ha previsto un Centro Socio-Sanitario Territoriale ogni 15.000 abitanti, con l'aggregazione di circa 8-10 MMG e PLS (circa 400 strutture in Regione). La tipologia di queste strutture varia in rapporto al numero e al tipo di servizi forniti e, quindi, può essere di bassa, media, alta complessità.

La ricerca

Nella direzione di una più precisa definizione dei servizi e delle strutture sanitarie e assistenziali territoriali è in corso la ricerca del gruppo di lavoro del CNETO (Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera). Lo studio, partendo da un'analisi delle normative regionali, da un'indagine funzionale e tipologica sulle strutture esistenti e dalle esperienze del monitoraggio condotte in Piemonte, ha permesso di individuare alcuni principi metodologici e progettuali per la definizione dei Centri Socio-Sanitari Territoriali (CSST).
Il punto di partenza dello studio è stato il riconoscimento della gamma differenziata di esigenze dell'utenza a seconda della localizzazione geografica e del rapporto consolidato con le strutture storicamente presenti sul territorio. Tale varietà è stata indagata e descritta nell'ambito della ricerca sulla sperimentazione piemontese. L'ampiezza dei bacini di utenza, tema peraltro sviluppato anche nei documenti di programmazione sanitaria, è un altro elemento considerato e che ha portato allo sviluppo di ipotesi di diversa dimensione.
Il nodo fondamentale nella definizione delle strutture sanitarie territoriali è la creazione di un rapporto ottimale tra utenza e servizi sociosanitari che trovi la sua sede accessibile e riconoscibile nei CSST.
Essi sono sostanzialmente caratterizzati da una serie di requisiti nell'ambito dei quali sono prioritari alcuni elementi quali:
– la centralità del paziente;
– la riconoscibilità della struttura;
– l'integrazione della struttura nella rete ospedale-territorio;
– l'accessibilità della struttura;
– l'affidabilità della struttura;
– l'unitarietà dei servizi sociosanitari che si erogano.
Queste strutture rappresentano il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo, i MMG e i PLS in forma associata, gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, quello della riabilitazione, dell'intervento sociale, il personale tecnico e amministrativo.

the principles of computerization for connection in network of all subjects and the structures involved in the governance and delivery of local responses. In particular, we are defining the centers of responsibility and expertise continuous healthcare, which requires the establishment of a system between all persons and structures involved. In this context, the District would assume the role of the operational structure of the local health and guarantor of connection / collaboration between hospital and peripheral structures in the area.

Experiences of Lombardy

In Lombardy, the Territorial Social Health Centres (CSST) have been recently introduced by the White Paper (Lombardy Region, 2014) presented by the Regional Commission of Development Health.
This proposal integrates and develops regional policies regarding the taking charge by the medicine of the territory of chronic diseases, the promotion of medicine group between GPs and PLS and other measures of long term care and reuse of existing hospital facilities for post - acute care.
CSST represent the point of access to the system of regional health, the meeting place between the various professionals as well as an element of integration between the hospital and the territory. As such, they must be characterized by open times compatible with the pace of working life (H12), open to the needs of a multicultural society and guarantors of the development of a health initiative, through prevention campaigns, education and adapted physical activity. The CSST, having to ensure taking charge and a multidimensional accompaniment, must provide for the presence of various professionals such as GPs and PLS in organized form, as well as Nurses, Disability and Case Managers, Educators, Psychologists, Social Workers and Operators in the sector, Medical specialists and finally, voluntary associations.
The planning of these territorial realities must take into account the location and context of relations existing in specific ASL There are different configurations depending on the Centre to be located in a metropolitan city like Milan in a provincial town or in a mountainous area and / or rural where it is not appropriate to deprive the small villages of the assistance of GPs. The degree of complexity of the specialized functions that are in addition to primary care services must thus be assessed in relation to the level of pre-existence of these functions spread regularly in the relevance of the CSST and in relation to strategic choices defined beforehand relating to services and benefits to be paid.
On average to accomplish adequate levels of efficiency the Lombardy Region has scheduled Territorial Social Health Centre every 15,000 inhabitants with the aggregation of about 8-10 GPs and PLS (about 400 facilities in the Region) The type of these facilities varies in relation to the number and type of services provided and therefore, can be of low, medium high complexity.

The research on CSST

Towards a more precise definition of services and health and welfare facilities there is an ongoing territory research working group of CNETO (National Center for Construction

I CSST i configurano come un presidio strategico sociosanitario, che ha lo scopo di fornire un servizio per fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra il S.S.N. e il cittadino, e per garantire i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione.
Tali strutture sono caratterizzate da un assetto organizzativo autonomo all'interno di una rete integrata di servizi sociosanitari, con relazioni cliniche e organizzative strutturate che le mettono in relazione con gli altri nodi della rete della sanità pubblica e hanno come missione il prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze. (Terranova 2007) (IReR, 2008)
L'elemento programmatore di rilievo è, quindi, la gestione delle relazioni e l'interconnessione funzionale tra strutture ospedaliere e territoriali, tra attività sanitarie e attività assistenziali per garantire continuità e presa in carico.
L'integrazione dei servizi sociosanitari pone l'accento sulla necessità di un governo del sistema basato sulla integrazione funzionale contro i rischi di diluizione, duplicazione e dispersione delle attività.
Gli obiettivi generali delle strutture territoriali sono rappresentati da:
– assicurare un unico punto di primo accesso ai cittadini offrendo una prima valutazione del bisogno, orientamento e servizi del sistema;
– organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino;
– garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore, 7 giorni su 7;
– rafforzare l'integrazione con l'ospedale, tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), mediante un più facile confronto tra loro e la condivisione del lavoro con gli specialisti;
– migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale;
– sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione;
– promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini;
– offrire formazione permanente agli operatori e un'educazione sanitaria/terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia (paziente esperto) o per favorire stili di vita sani;
– pianificare e operare una gestione integrata dell'assistenza domiciliare.

Il CSST può essere strutturato a livelli diversi comprendendo, a seconda del contesto e del bacino d'utenza in cui è inserito, servizi differenti. La complessità della struttura muta secondo la presenza al suo interno della tipologia di tali servizi e, quindi, essere di bassa, media, alta complessità. In particolare tale grado di complessità varia in relazione sia alle funzioni specialistiche che si affiancano ai servizi di assistenza primaria, sia alla preesistenza di queste funzioni dislocate nell'area di pertinenza del CSST, sia ancora a scelte strategiche definite a priori sulle prestazioni da erogare.
Ad esempio i Servizi di Salute Mentale possono essere dimensionati in modo diverso in relazione alla scelta di limitare l'attività alla consulenza psichiatrica programmata o di collocare nella stessa sede il Centro di Salute Mentale.
Appare evidente, inoltre, come in un Comune di medie dimensioni, con una popolazione di 20-30.000 abitanti, sia possibile

and Technology Hospital) The study based on an analysis of regional rules from a functional and typological survey on existing structures and experiences of monitoring conducted in Piedmont enabled us to identify some methodological principles for the definition and design of the Territorial Social Health Centres (CSST).
The starting point of the study was the recognition of the wide range of user needs related to the geographical location and to the established relationship with the structures already established in the area. This variety has been investigated and described for the Piedmont trial. The amplitude of the catchment areas, also developed in health planning statements, is another issue considered leading to the hypotheses of different sizes of facilities.
The fundamental issue in defining the territorial health facilities is the creation of the optimal relationship between users and health services accessible and recognizable through the establishment of CSST facilities.
They are substantially characterized by a series of requirements in some in which there are priority elements such as:
- the central role of the patient;
- The recognition of the structure;
- The integration of the structure in the network hospital-territory;
- The accessibility of the structure;
- The reliability of the structure;
- The unity of the social health services that will deliver.

These structures represent the place in which they operate through work groups, GPs and PLS in associated form the outpatient specialists nursing staff the rehabilitation of social intervention the technical and administrative staff.
The CSST constitute a strategic control of social health which aims to provide a service to address some of the most obvious difficulties in the relationship between SSN and the citizen and to ensure the essential levels of health and social care in their unit of prevention, treatment and rehabilitation.
These structures are characterized by an organizational self within an integrated network of social health services with clinical reports and structured organization that correlate with the other nodes of the network of public health and have the mission to take care of people from the time of access through acceptance, collaboration between professionals sharing healthcare paths, autonomy and professional responsibility the enhancement of skills Terranova 2007) (IReR 2008).
The relief program element is thus the relationship management and the functional interconnection between hospitals and territory, including healthcare and assistance activities to ensure continuity and taking over.
The integration of social health services highlights the need for a government based on the functional integration of the system against the risks of dilution dispersion and duplication of activities.
The general objectives of the territorial structures are represented by:
- Ensuring a single point of access to the first citizens offering an initial assessment of needs, guidance and system services;
- Organize and coordinate responses to the citizen;
- Ensure the continuity of care in the 24 hours, 7 days 7;
- Improve integration with the hos-

prevedere, nel CSST, l'intera gamma dei servizi territoriali anche con funzioni complesse e quindi progettare una tipologia di CSST di dimensione media o grande.
Il CSST di bassa complessità risulta essere più appropriato in un contesto nel quale s'intendono erogare i servizi di assistenza primaria propri dei nuclei di cure primarie. Questo può essere realizzato sia in un piccolo Comune sia nel quartiere di una città, coinvolgendo, laddove possibile, anche più Nuclei di Cure Primarie.
Sulla base delle esperienze esaminate sono state sviluppate diverse ipotesi di articolazione funzionale dalla più complessa a quella più semplice.
Il CSST comprende quattro macroaree che a loro volta si suddividono in aree e unità spaziali. Nella tabella che segue si riporta la loro articolazione nelle configurazioni di massima e di minima complessità (Tab.1).
All'interno delle strutture del CSST è presente una gamma di operatori appartenenti alla sfera medica, tecnica, dell'assistenza sociale, amministrativa e di supporto.
Gli spazi dei CSST devono essere caratterizzati da una distribuzione e articolazione che tenga in considerazione parametri quali:
– facilità di orientamento;
– omogeneità delle funzioni e dei servizi erogati e reciproche relazioni;
– orari di esercizio;
– tipologia dell'utente principale di riferimento.
Il CSST deve essere progettato, organizzato e gestito con un approccio flessibile. Pertanto, la programmazione sociosanitaria distrettuale deve divenire un sistema differenziato di standard da rielaborare permanentemente sulla base dell'evoluzione socio-sanitaria ed epidemiologica locale.

MACRO AREA	SPACES LOW COMPLEXITY	SPACES HIGH COMPLEXITY
Administration	Unified Reservation Centre Payment of Ticket	Unified Reservation Centre Payment of Ticket Management
Social health	Unified Social Health Counter Social Health services	Unified Social Health Counter Social Health services Family Counseling Pediatric Counseling
Health	First Point Operation Infirmary General practitioners Pediatrician Test Centre	First Point Operation Infirmary General Practitioners Pediatrician Test Centre Emergency Duty Doctor Specialist Doctors Instrumental Diagnosis Rehabilitation Centre Day hospital Community Hospital and Protected Discharges Day centre for disabled
General services	Support Service Toilets	Support Service Toilets Chemist's Associations Refreshment Area

TAB. 1 | Articolazione delle attività e unità spaziali del CSST nelle ipotesi di massima e minima complessità
Breakdown of activities and space units of the CSST in the cases of high and low complexity.

Conclusioni

L'assistenza territoriale, che assuma la forma di un Centro di Assistenza Primaria, di una Casa della Salute o di un Centro Socio-Sanitario Territoriale, può rappresentare una valida soluzione per integrare funzioni differenti e incrementarne di nuove, facilitare i percorsi e, soprattutto, migliorare la qualità del servizio erogato al Cittadino, restituendo allo stesso una visione unitaria della salute, intesa non solo come diritto del singolo ma anche come interesse della collettività.
Le strutture territoriali devono, quindi, essere pianificate, programmate e progettate con un approccio flessibile (Buffoli, 2012; Capolongo, 2013) e la programmazione socio-sanitaria distret-

pital, among General Practitioners (GPs) and Pediatricians of free choice (PLS), by an easier comparison between them and the sharing of work with specialists;
- Improve taking charge of patients integrated with mental health problems;
- To develop prevention programs aimed at the individual to the community and specific target populations;
- Promoting and enhancing the participation of citizens;
- Provide permanent training to operators and health education / therapeutic to different target population for the better management of their disease (expert patient) or to promote healthy lifestyles;
- Plan and operate an integrated management of home care.

The CSST can be structured in different levels depending on the context and the catchment area in which it is inserted, different services. The complexity of the structure changes according to the presence of the type of services inside, and thus be of low, medium high complexity. In particular, the degree of complexity varies in relation both to the specialized functions that there are in addition to primary care services both at the pre-existence of these functions located in the area pertaining to the CSST and is still in the strategic choices defined before serving the person.
For example, the Mental Health Services can be sized differently in relation to the decision to limit the activities to planned psychiatric consultation or to locate the same venue of the Mental Health Centre.
It seems clear, moreover as in a municipality of medium size with a population of 20-30,000 inhabitants it is possible to predict the CSST a full range of local services with complex functions and then design a type of CSST of medium size or large.
The CSST of low complexity frames is more appropriate in a context in which shall mean delivering primary care services in its own nuclei of primary care This can be accomplished either in a small town or in the neighborhood of a city, involving if possible, even more Units of the Primary Health Care.
On the basis of experiences examined various hypotheses of functional articulation from the simplest to the most complex have been developed.
The CSST includes four main areas, which in turn are divided into areas and units of space. The table that follows you can observe shows their articulation in the configurations of maximum and minimum complexity (Tab. 1).
Within the structures of the CSST there is a range of operators belonging to the sphere of medical technical, social and administrative support.
Areas of the CSST must be characterized by a distribution and articulation that takes into account parameters such as:
- Ease of orientation;
- Homogeneity of the functions and services provided and relations between them;
- Business hours;
- Type of user as main reference.

The CSST must be designed, organized and managed with a flexible approach Therefore the planning of the district of social health must become a differentiated system of standard reprocess permanently on the basis of evolution of socio-healthcare and epidemiological research.

tuale deve prevedere un sistema differenziato di standard da rielaborare sulla base dell'evoluzione socio-sanitaria ed epidemiologica locale.

REFERENCES

Age.na.s (2009), *Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane*, Roma.

Age.na.s (2011), *Foglio notizie sull'assistenza primaria e l'assistenza H24*, Roma.

Age.na.s (2013), *Assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso: evidenze e indirizzi*, Quaderno di Monitor n. 11, Roma.

AReSS Piemonte (2010), *Casa della Salute: linee guida per la programmazione e la progettazione*, maggio, Torino.

AReSS Piemonte (2013), *La programmazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP) in Piemonte*, giugno, Torino.

Buffoli, M., Nachiero, D. and Capolongo, S. (2012), "Flexible healthcare structures: analysis and evaluation of possible strategies and technologies", *Annali di Igiene*, 24(6), Nov-Dec, pp. 543-552.

Capolongo, S. (2013), *Architecture for flexibility in healthcare*, Franco Angeli, Milano.

Cavallo, M.C., Gerzeli, S. and Vendramini, E. (2001), *Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un'indagine nazionale*, Mc Graw-Hill, Milano.

Del Nord, R., Peretti, G., (2012) *L'umanizzazione degli spazi di cura – Linee guida per la progettazione*, Ministero della Salute, Roma.

IReR (2008), *Analisi delle esperienze in corso a livello nazionale e regionale per lo sviluppo di nuovi modelli finalizzati al miglioramento del servizio sanitario, attraverso il potenziamento dell'accessibilità e fruibilità delle prestazioni dei Medici di medicina generale*, Milano.

IReR (2010), I*ndagine sulla medicina territoriale, le politiche attivate e i problemi aperti*, Milano.

Ministero della Salute (2007), *La Casa della Salute, luogo di ricomposizione delle cure e della continuità assistenziale. Intervento Ministro della Salute Livia Turco*, 22 Marzo 2007, Roma.

Muraro, G. and Rebba, V. (2009), *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria: principali esperienze nazionali e estere*, Franco Angeli, Milano.

Polillo, R.B. (2009), *La nuova medicina territoriale*, I Quaderni di Italianieuropei.

Regione Lombardia (2014), *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia*, 30 giugno 2014, Milano.

Terranova, F., Benigni, B., Fagnoni, P.M., Geddes da Filicaia, M. and Giofrè, F. (2007), *La Casa della Salute, Idee di progetto*, Alinea Editrice, Firenze.

Conclusion

The territorial assistance that takes the form of a "Center for Primary Care," a "Casa della Salute" or "a Territorial Social Health Centre" can be a viable solution to integrate different functions and increment new, facilitate the pathways and above all improve the quality of service provided to the Citizen restituting to the same a unified vision of health not only as a right of the individual but also as a collective interest Local structures must therefore be planned, programmed and designed with a flexible approach (Buffoli 2012; Capolongo 2013), planning of the district of social health must become a differentiated system of standard reprocess permanently on the basis of evolution of socio-healthcare and epidemiological research.