

Il posizionamento strategico dei Ser.D. nelle Case di Comunità: modelli di governance, stratificazione della domanda e sfide organizzative nell'era del DM 77/22

Felice Alfonso Nava*

Riassunto

■ Il DM 77/22 individua nelle Case di Comunità (CdC) il fulcro dell'assistenza territoriale. In un contesto di scarsità di risorse, l'inserimento dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) nelle CdC è una leva manageriale strategica per gestire i bisogni di "primo livello" (bassa intensità) nei consumatori di sostanze non complessi. Il lavoro analizza la skill mix dell'équipe di prossimità (psicologi, educatori, assistenti sociali, infermieri) e l'uso della telemedicina nel raccordo Hub-and-Spoke con il Ser.D. specialistico. Vengono infine confrontati quattro modelli operativi di clinical governance (Referral, Consultation-Liaison, Stepped-Care e Collaborativo) per orientare le Direzioni Generali e strategiche dell'Aziende Sanitarie tra strategie verticali (per patologia) o orizzontali (Population Health), ottimizzando l'appropriatezza. ■

Parole chiave: DM 77/22, Case di Comunità, Ser.D., Integrazione Sociosanitaria, Stratificazione della Domanda, Management Sanitario.

Summary

■ The Ministerial Decree 77/22 establishes Community Houses (Case di Comunità - CdC) as the cornerstone of primary and community care. Facing resource scarcity, integrating Substance Use Disorder Services (Ser.D.) within these facilities serves as a strategic managerial lever to address "first-level" (low-intensity) needs among non-complex substance users. This paper analyzes the optimal skill mix for proximity multi-disciplinary teams (psychologists, educators, social workers, nurses) and the enabling role of telehealth in supporting Hub-and-Spoke coordination with specialized secondary care. Finally, four operational clinical governance models (Referral, Consultation-Liaison, Stepped-Care, and Collaborative) are evaluated to guide healthcare executives between vertical disease-specific pathways or horizontal population health strategies, aimed at improving clinical appropriateness and reducing waiting lists. ■

Keywords: DM 77/2022, Community Health Centers, Addiction Services (Ser.D.), Health and Social Care Integration, Population Needs Stratification, Healthcare Management.

Introduzione e background normativo: la rete territoriale come Hub del cambiamento

Il Decreto Ministeriale 77/22 ha tracciato il nuovo perimetro strutturale e organizzativo dell'assistenza territoriale, ponendo le **Case di Comunità (CdC) HUB** come baricentro di un sistema sanitario basato sulla prossimità, sull'orientamento e sull'appropriatezza clinico-organizzativa. Nelle linee di indirizzo definite dall'AGENAS, la CdC HUB non viene configurata come un semplice contenitore di servizi fisicamente co-localizzati, ma come una vera e propria piattaforma di integrazione sociosanitaria.

* Direttore dei Servizi Sociosanitari – Azienda ULSS 9 Scaligera Verona. Direttore del Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD.

In questo scenario, il mandato gestionale delle Case di Comunità si articola su due macro-obiettivi strategici:

1. **L'ottimizzazione dei flussi assistenziali:** decongestionare il circuito specialistico di secondo livello (sia territoriale che ospedaliero), abbattere le liste d'attesa e ridurre i tassi di ospedalizzazione o di accesso improprio ai Pronti Soccorsi (gatekeeping assistenziale).
2. **La gestione precoce della domanda:** intercettare i bisogni di salute prima della loro cronicizzazione o acutizzazione attraverso attività di screening strutturate.

Tuttavia, l'implementazione del DM 77/22 si scontra oggi con due variabili macroeconomiche esogene che mettono a rischio la sostenibilità della riforma: la **scarsità strutturale di risorse finanziarie** e il **mismatch nel reclutamento del personale sanitario**, con una carenza medica e infermieristica

che impone un ripensamento radicale dei modelli organizzativi e delle *skill mix* all'interno delle aziende sanitarie. In questa cornice di vincoli e opportunità, il posizionamento dei **Servizi per le Dipendenze (Ser.D.)** all'interno delle CdC non è più solo un'opzione logistica "raccomandata", ma una necessità manageriale per ridefinire i livelli di intensità di cura nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

La stratificazione del bisogno nelle Dipendenze: l'emergenza del "primo livello"

Dal punto di vista della clinica manageriale (*clinical governance*), "l'errore storico" da non ripetere dei servizi specialistici per le dipendenze è stato l'applicazione di un modello di offerta indifferenziato: accogliere e trattare in uno stesso setting e con una medesima équipe sia il consumatore occasionale/sperimentale sia il paziente cronico, anche con severa comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi).

La letteratura scientifica internazionale (Rombouts et al., 2020; Taylor et al., 2023) evidenzia l'efficacia epidemiologica ed economica degli **interventi di primo livello (o a bassa intensità)**. Questo target è costituito da soggetti che non presentano una dipendenza strutturata o cronica, ma che esprimono un bisogno di salute intercettabile tramite azioni di prevenzione selettiva e indicata.

L'attività in setting non specialistici (come la CdC) permette di focalizzarsi su tre direttrici clinico-gestionali:

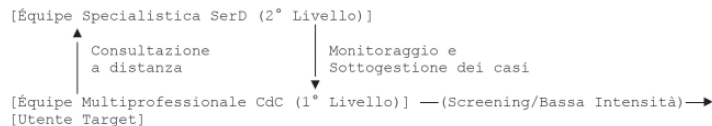
- **potenziamento motivazionale:** interventi brevi e *counseling* mirato;
- **sviluppo di life skills:** programmi standardizzati di *Life Skills Training (LST)* per la gestione del disagio e dello stress;
- **clinical management iniziale:** monitoraggio clinico a bassa intensità per contenere i fattori di rischio.

Il presupposto manageriale per il funzionamento di questo livello è l'adozione di strumenti di **screening e assessment standardizzati** (es. AUDIT per l'alcol, DAST per le sostanze, ASSIST dell'OMS) e di valutazioni brevi e strutturate. Tali strumenti agiscono come filtri operativi: trattengono nel setting di prossimità i pazienti "non complicati" (*low-risk*) e indirizzano tempestivamente i casi complessi (*high-risk*) al secondo livello specialistico del SerD di riferimento.

L'équipe multiprofessionale di primo livello: skill mix e modelli di lavoro

Il disegno organizzativo dell'équipe di primo livello operante nella CdC richiede una ridefinizione della *skill mix* professionale. Non si tratta di trasferire *in toto* l'organico del Ser.D. nella Casa di Comunità, operazione insostenibile sotto il profilo delle risorse umane, bensì di distaccare nuclei flessibili dotati di elevate competenze di screening e di processi clinici *evidence-based*.

Le figure centrali per questo livello assistenziale sono lo **psicologo psicoterapeuta**, l'**educatore professionale**, l'**assistente sociale** e l'**infermiere**.



Sotto il profilo organizzativo, questo modello si regge su due pilastri gestionali:

1. **flessibilità strutturale:** capacità di adattare l'offerta in base alla demografia del territorio e ai bisogni emergenti della comunità di riferimento;
2. **integrazione Hub-and-Spoke supportata dalla sanità digitale:** l'équipe di primo livello della CdC (Spoke) opera in costante raccordo con l'équipe di secondo livello del Ser.D. (Hub). Questa interazione avviene sia tramite protocolli clinici codificati, sia attraverso strumenti di **telemedicina e teleconsulto** (Molfenter et al., 2021), ottimizzando i tempi di cura ed evitando spostamenti inutili al paziente. Il secondo livello mantiene la regia dei casi complessi, ma può delegare e retrocedere al primo livello le attività di monitoraggio e *follow-up* dei pazienti stabilizzati.

Architetture di servizio: analisi comparativa dei 4 modelli operativi

Per dare concretezza manageriale alla presenza dei Ser.D. nelle CdC, si propongono quattro modelli organizzativi alternativi o integrabili, derivati dall'analisi della letteratura internazionale di management sanitario basato sui modelli di *primary care* per la presa in carico di persone con dipendenza patologica in terapia agonista e/o anche in doppia diagnosi basati anche sulla telemedicina (Loven Wickman, Schmidt, 2023; Panagiotoglou et al., 2020; Rombouts et al., 2020; Villanueva-Blasco et al., 2024).

Modello dell'invio (Referral Pathway Model)

È il modello lineare standard basato sui flussi di segnalazione della rete dei servizi (es. Medici di Medicina Generale, PLS, Servizi Sociali).

- **Aspetti manageriali:** richiede una forte standardizzazione formale, l'adozione di linee guida cliniche condivise per l'invio e sistemi informativi integrati.
- **Meccanismi di controllo:** è fondamentale introdurre processi di *audit* clinico e sistemi di misurazione degli esiti (*outcome assessment*). L'efficacia dell'intervento (strutturato in cicli brevi di massimo 6 sedute per la bassa intensità, contro le 12-20 dell'alta intensità) viene valutata tramite scale psicometriche validate somministrate *ante* e *post* trattamento, monitorando tre dimensioni: benessere soggettivo, riduzione della sintomatologia e funzionamento sociale. Il modello prevede inoltre la somministrazione di questionari di *customer satisfaction* sia all'utente che al professionista inviante, per correggere eventuali asimmetrie informative nel processo di *referral*.

Modello Consultation-Liaison

Mutuato dalla psichiatria di collegamento (Oldham et al., 2021), questo modello sposta il focus dall'erogazione diretta della cura al supporto della rete.

- **Aspetti manageriali:** l'équipe del Ser.D. opera all'interno della CdC come consulente strategico e formatore per gli altri attori del territorio (MMG, infermieri di famiglia e comunità). Offre supervisione clinica e assistenza tecnica sulla gestione delle problematiche correlate all'uso di sostanze.
- **Impatto sul sistema:** consente un'elevata scalabilità degli interventi. Le azioni sono brevi, collettive e comunitarie, finalizzate a incrementare l'empowerment e l'educazione alla salute della popolazione, riducendo lo stigma e intercettando la domanda sommersa.

Modello Stepped-Care (Cure graduali)

È un modello dinamico e meritocratico di allocazione delle risorse assistenziali, basato sulla gravità clinica.

- **Aspetti manageriali:** il paziente accede inizialmente al livello di trattamento meno invasivo e meno costoso tra quelli efficaci (es. *self-help* guidato o intervento breve nella CdC). Il monitoraggio dell'efficacia terapeutica è continuo e standardizzato.
- **Dynamic Routing:** se l'assessment periodico evidenzia un mancato raggiungimento degli obiettivi (*clinical failure*), il paziente viene "scalato" (*stepped up*) verso un livello di intensità maggiore (Ser.D. specialistico di secondo livello). Questo garantisce un utilizzo efficiente delle risorse, allocando i costi dello specialista solo dove strettamente necessario.

Modello collaborativo (Collaborative Care Model)

Rappresenta l'evoluzione massima dell'integrazione clinico-organizzativa (Kates et al., 2011). L'équipe della CdC non agisce da consulente esterno, ma co-gestisce il paziente in modo integrato con la medicina generale.

- **Aspetti manageriali:** gli elementi cardine sono la **colocalizzazione fisica** (i professionisti condividono gli stessi spazi fisici nella CdC), la condivisione della cartella clinica elettronica e l'istituzione di canali di comunicazione formali e informali continui.
- **Fattori critici di successo:** questo modello si basa sul capitale relazionale e sulla fiducia interprofessionale. La gestione del paziente è flessibile e modulata in tempo reale in base alle risorse effettivamente disponibili all'interno della comunità, riducendo al minimo i tempi di latenza nel passaggio tra i nodi della rete.

Conclusioni

La scelta del modello organizzativo non può prescindere da un'attenta analisi del contesto epidemiologico e strutturale dell'Azienda Sanitaria di riferimento. I manager sanitari dovranno bilanciare e integrare due diversi approcci di programmazione:

- **Approccio Verticale (specializzazione per linee di prodotto):** utile nei contesti ad alta densità o con elevata prevalenza di specifiche dipendenze (es. dipendenza da oppioidi o gioco d'azzardo patologico), dove il percorso della CdC funge da sotto modulo sequenziale strettamente legato a protocolli terapeutici verticalizzati ed *evidence-based*.
- **Approccio Orizzontale (gestione della salute della popolazione):** orientato alla logica della *Population Health Management*, mira a una capillarizzazione di interventi brevi e a bassa intensità per migliorare il benessere generale e lo

stato di salute di ampie fasce di popolazione target, massimizzando l'efficacia dei determinanti sociali di salute.

Dimensione	Approccio Verticale	Approccio Orizzontale
Focus strategico	Appropriatezza del percorso per patologia specifica	Accessibilità e reach di popolazione
Intensità clinica	Sequenziale (1° e 2° livello integrati)	Bassa intensità / Interventi brevi (max 6 sedute)
Obiettivo manageriale	Riduzione delle complicanze e della cronicità	Promozione della salute, screening e prevenzione

In conclusione, l'integrazione delle équipe dei Ser.D. nelle Case di Comunità HUB rappresenta una leva strategica fondamentale per dare concreta attuazione al dettato del DM 77/22. Solo superando la tradizionale separatezza istituzionale dei servizi specialistici e adottando modelli di gestione della domanda flessibili, stratificati e collaborativi, le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie potranno governare la complessità dei nuovi bisogni di salute, garantendo al contempo la sostenibilità economica e l'equità d'accesso del sistema sociosanitario territoriale anche alla fascia di popolazione più fragile.

Riferimenti bibliografici

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 144.

Du C.X., Shi J., Tetrault J.M., Madden L.M., & Barry D.T. (2022). Primary care and medication management characteristics among patients receiving office-based opioid treatment with buprenorphine. *Family Practice*, 39(2): 234-240.

Kates N., Mazowita G., Lemire F. et al. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: a shared vision for the future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5): 1-10.

Lovén Wickman U., & Schmidt M. (2023). Experiences of primary care among young adults with mental illness – A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(3): 628-641.

Molfenter T., Roget N., Chaple M., Behlman S., Cody O., Hartzler B., Johnson E., Nichols M., Stilen P., & Becker S. (2021). Use of telehealth in substance use disorder services during and after COVID-19: online survey study. *JMIR Mental Health*, 8(2), e25835.

Oldham M.A., Desan P.H., Lee H.B., Bourgeois J.A., Shah S.B., Hurley P.J., Sockalingam S., Council on Consultation-Liaison Psychiatry (2021). Joint Commission Requirements and Consultation-Liaison Psychiatry. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(2): 169-185.

Panagiotoglou D., McCracken R., Lavergne M.R., Strumpf E.C., Gomes T., Fisher B., Brackett A., Johnson C., & Kendall P. (2020). Evaluating the intended and unintended consequences of opioid-prescribing interventions on primary care in British Columbia, Canada: protocol for a retrospective population-based cohort study. *BMJ Open*, 10(11), e038724.

Rombouts S.A., Conigrave J.H., Saitz R., Louie E., Haber P., & Morley K.C. (2020). Evidence-based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: a systematic review. *BMC Family Practice*, 21(2): 260.

Taylor J.L., Wakeman S.E., Walley A.Y., & Kehoe L.G. (2023). Substance use disorder bridge clinics: models, evidence, and future directions. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1): 23.

Villanueva-Blasco V.J., Eslava D., Olave L., & Torrens M. (2024). Electronic interventions in primary care to address substance use: a systematic review. *Addictive Behaviors*, 156, 108073.