

a cura di

Valeria Tozzi

Francesco Longo

Management della cronicità

Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari
finanziati dal PNRR

Prefazione di Elio Borgonovi

s&r

a cura di

Valeria Tozzi

Francesco Longo

Management della cronicità

Logiche aziendali per gestire i nuovi setting
sanitari finanziati dal PNRR

Prefazione di Elio Borgonovi

Copertina: Cristina Bernasconi
Impaginazione: Lorenzo Gattoni
Illustrazioni: Sara Borraccino

Copyright © 2023 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02-58365751 – Fax 02-58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni. Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaeditore.it

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

ISBN volume: 978-88-238-4761-3
ISBN pdf open access: 978-88-238-8650-6

Prima edizione: luglio 2023

Stampa: Logo S.r.l. – Borgoricco (PD)

Indice

Prefazione , di <i>Elio Borgonovi</i>	9
1. Epidemiologia della cronicità: dalla popolazione alle popolazioni di <i>Valeria Tozzi, Elisabetta Listorti e Lucia Ferrara</i>	13
1.1 La domanda: caratteristiche epidemiologiche del fenomeno italiano	16
1.2 Evoluzione dei modelli di management per la cronicità: dai PDTA al Population Health Management	20
1.3 Le opportunità di intervento: gli elementi di impatto sull'epidemiologia	37
1.4 Conclusioni: interventi sulla comunità attraverso la distinzione delle attese delle popolazioni	41
2. Logiche e finalità di progettazione organizzativa e dei servizi di <i>Francesco Longo e Francesca Guerra</i>	47
2.1 Introduzione	49
2.2 Cronicità e non autosufficienza: caratteristiche distintive	49
2.3 Le proposizioni di valore	51
2.4 I principi di riprogettazione dei servizi	52
2.5 I principi di reingegnerizzazione delle relazioni interprofessionali	58
2.6 Conclusioni	61
3. L'accesso ai servizi e la selezione dell'utenza: il <i>customer experience management</i> a garanzia dell'equità di <i>Claudio Buongiorno, Francesca Meda e Chiara Piancatelli</i>	63
3.1 L'accesso ai servizi	65
3.2 Il <i>customer experience management</i>	69
3.3 Lo stato delle cose	71
3.4 Il futuro dell'accesso ai servizi territoriali	74
3.5 Conclusioni	79

4. Logiche e strumenti di community building	
di <i>Angelica Zazzera</i>	81
4.1 Community Building e reti sociali	83
4.2 Come analizzare le iniziative di Community Building: promotore, obiettivi, target e incentivi alle reti	86
4.3 La diffusione del Community Building: esperienze dall'Italia e dal Regno Unito	89
4.4 Come sviluppare iniziative di CB	94
4.5 Alcuni esempi di iniziative di CB	106
4.6 Conclusioni	109
5. Le possibili vocazioni della Casa della Comunità	
di <i>Laura Giudice e Luigi Maria Preti</i>	111
5.1 Le Case della Comunità: cenni su evoluzione e stato di avanzamento del luogo perno della rinnovata rete di assistenza territoriale	113
5.2 Quali attese e prospettive di sviluppo per le Case della Comunità	114
5.3 Quali logiche e strumenti di gestione per progettare e realizzare Case della Comunità che producano valore per i territori	116
5.4 <i>Change management</i> : il presidio di alcuni fattori critici di successo per un'efficace implementazione del nuovo modello	127
6. Modelli professionali e di servizi per la presa in carico della cronicità	
di <i>Francesca Guerra e Valeria Tozzi</i>	131
6.1 Il fenomeno della cronicità	133
6.2 A che punto siamo con la presa in carico della cronicità nel SSN: progettare il futuro preservando il passato	134
6.3 Prospettive d'innovazione sulla presa in carico: il caso lombardo	141
6.4 Conclusioni	147
7. Funzioni e geografie della COT e la gestione della transizione	
di <i>Lucia Ferrara e Federica Dalponte</i>	149
7.1 Introduzione: i bisogni di transizione	151
7.2 Le esperienze di Centrali operative nel SSN	153
7.3 La COT: strategie e visioni alternative possibili	158
7.4 Conclusioni: dalla progettazione all'attuazione	168
8. Vocazioni e skill mix alternativi per l'Ospedale di Comunità	
di <i>Francesca Meda e Francesca Guerra</i>	171
8.1 Inquadramento a oggi	173
8.2 Specificità dell'OdC: perché è «diverso»?	180
8.3 Principi per lo sviluppo futuro di OdC	183
8.4 Logiche e strumenti di gestione	184
8.5 Gli ambiti da monitorare e il disegno delle metriche	187

8.6 <i>Key success factors</i> per attuare il <i>change management</i>	189
9. Vocazioni e caratteristiche di servizio possibili per l'ADI	
di <i>Rita Florio</i>	193
9.1 Introduzione	195
9.2 L'ADI oggi nel Servizio Sanitario Nazionale	197
9.3 L'ADI all'interno della progettazione del Piano Nazionale di Ripresa Resilienza	201
9.4 Finalità dell'ADI, competenze professionali e interdipendenze organizzative	203
9.5 Metriche di valutazione e responsabilità nell'attivazione del servizio	206
9.6 Conclusioni	207
10. Assetti organizzativi dei servizi territoriali e specialistici	
di <i>Federica Dalponte e Francesco Longo</i>	209
10.1 Funzioni di governo e parti dell'azienda sanitaria intesa come burocrazia professionale	211
10.2 Riferimenti teorici: l'assetto organizzativo e i sistemi operativi	212
10.3 Le quattro funzioni di governo dell'assistenza territoriale	213
10.4 Le parti dell'azienda adibite alla gestione ed erogazione di assistenza territoriale	218
10.5 Il framework per l'attribuzione delle funzioni di governo dell'assistenza territoriale alle parti dell'azienda	219
10.6 <i>Change management</i>	222
10.7 Conclusioni	224
11. Governance degli stakeholder locali	
di <i>Michela Bobini e Francesco Longo</i>	227
11.1 Assetti istituzionali e organizzativi dei servizi territoriali	229
11.2 La governance del Distretto e della Casa di Comunità	232
11.3 Ruoli e funzioni complementari tra distretto e Casa della Comunità	234
11.4 Gli stakeholder della Casa di Comunità e la sua governance	236
11.5 La governance degli stakeholder locali come elemento abilitante nel processo di implementazione di una iniziativa: il caso delle cure oncologiche nella CdS di Bettola	240
12. Logiche e modelli di sanità di iniziativa per il reclutamento e la gestione della cronicità	
di <i>Francesco Petracca</i>	243
12.1 La sanità di iniziativa per la presa in carico della cronicità	245
12.2 La sanità di iniziativa nel SSN	247

12.3	Questioni per il disegno e l'implementazione della sanità d'iniziativa	251
12.4	Conclusioni	259
13.	Modelli professionali e organizzativi per le professioni sanitarie	
	di <i>Luigi Preti e Rita Florio</i>	263
13.1	Le professioni sanitarie e la riforma dell'assistenza territoriale: un inquadramento	265
13.2	La gestione dei professionisti nel SSN	266
13.3	Un possibile <i>to be</i> per la gestione dei professionisti	268
13.4	Riflessioni conclusive	272
14.	Programmare i servizi territoriali per individuare target, frequenza e intensità assistenziale	
	di <i>Angelica Zazzera e Valeria Tozzi</i>	275
14.1	Strumenti di <i>operations management</i> per il dimensionamento dei servizi territoriali	277
14.2	Come applicare le logiche di <i>operations management</i> nei setting di assistenza territoriale?	281
14.3	Una riconfigurazione dei modelli erogativi per il perseguimento dei fini universalistici del SSN	286
14.4	Alcune riflessioni conclusive	288
15.	L'ecosistema digitale territoriale	
	di <i>Paola Boscolo e Francesco Longo</i>	291
15.1	La digitalizzazione a sostegno dell'innovazione dei servizi territoriali	293
15.2	Verso un modello per la trasformazione digitale dei servizi territoriali	295
15.3	Dal framework agli strumenti: logiche di sviluppo dell'ecosistema territoriale digitale	302
15.4	Conclusioni	304
	Glossario	307
	Bibliografia	311
	Gli Autori	333

Prefazione

di *Elio Borgonovi*

Tre sono le chiavi di lettura con le quali affrontare il presente volume: culturale, metodologico e analitico. Sul piano culturale, la normativa del DM 77 e le indicazioni del PNRR vengono interpretate secondo la logica della facilitazione e delle opportunità. Rispetto a molti che sottolineano la mancanza di indirizzi e linee guida a livello nazionale, gli autori assumono la logica della sperimentazione. Osservano ciò che sta avvenendo nelle concrete realtà ed evidenziano tutte le opportunità di miglioramento. Interpretano la normativa secondo la logica per cui «tutto ciò che non è esplicitamente vietato è consentito purché risponda alle finalità della normativa stessa» e non secondo la logica per cui «in un sistema pubblico tutto ciò che non è esplicitamente previsto può essere pericoloso sul piano delle responsabilità personali». Il DM 77 e la normativa del PNRR relativa alla Missione 6 esplicitano chiaramente le finalità di prevenzione, presa in carico e tutela della salute per persone con cronicità di bassa, media e alta intensità.

Il secondo aspetto culturale può essere preso dal detto popolare secondo cui «vale più andare che dire cento volte andiamo» che in termini scientifici si traduce nell'approccio di sperimentazione. L'innovazione per definizione non può far riferimento a conoscenze consolidate e nel campo dei sistemi sociali non è possibile applicare il metodo di «evidenze verificate in laboratorio». Pertanto, i contenuti da dare alle Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Punti Unici di Assistenza possono essere costruiti solo facendo. Possono esistere riferimenti in esperienze di altri Paesi (community hospitals in UK) o nel nostro Paese (Case della Salute, Società della Salute, UCCP, AFT ecc.), ma se si vuole veramente innovare occorre utilizzare gli spazi e le condizioni favorevoli (per esempio investimenti nelle strutture territoriali finanziate con il PNRR, tecnologie per diagnosi e cura che possono essere rese disponibili in queste strutture), senza aspettare che vengano definiti «modelli uniformi» che, peraltro, sarebbero contraddittori, con una realtà dalle molte differenze socioeconomiche, culturali e di comportamenti nei confronti della salute.

Durante un recente convegno, rispetto a un collega che sosteneva «è difficile fare la programmazione dei corsi di laurea in medicina, scienze infermieristiche e tecnici perché il Ministero della Salute e la Regione non danno indicazioni sui profili professionali che serviranno nel futuro», mi sono sentito di sottolineare che «sicuramente può essere migliorata la programmazione sul piano del numero in relazione alla evoluzione demografica ed epidemiologica della popolazione, ma che sul piano qualitativo qualsiasi intervento a livello nazionale o regionale diventerebbe inevitabilmente un vincolo». Il numero e le caratteristiche dei professionisti dipende anche, se non soprattutto, dalle nuove tecnologie e dai modelli organizzativi più o meno razionali e funzionali che saranno adottati in futuro. Per quanto riguarda i profili professionali possono essere individuati solo alcuni orientamenti in quanto è facilmente prevedibile che fra 10 anni (alcuni affermano anche molto prima) almeno il 60-70% delle conoscenze sarà obsoleto e inoltre molti esperti prevedono che il 75% delle professioni sarà di tipo ibrido (oltre i contenuti specifici del medico, infermiere, tecnico occorreranno competenze di tipo digitale, di comunicazione, relazionali e di gestione di reti).

Sul piano metodologico, gli autori si collocano chiaramente nel filone della ricerca applicata, ricerca-azione, quella che in una *conference* della Academy of Management di alcuni anni fa è stata definita come «*actionable research*». Un filone che collega strettamente la dimensione deduttiva e induttiva della conoscenza. Deduttiva in quanto gli autori non si limitano a descrivere le esperienze riportate nel testo ma inseriscono la loro analisi nel framework teorico della unitarietà aziendale e in quello del Servizio Sanitario Nazionale. Con riferimento al primo aspetto considerano le funzioni di prevenzione, continuità assistenziale (presa in carico), assistenza per persone con cronicità come integrazione dell'assistenza per patologie acute che ha dominato l'ultimo secolo. Il principio di specializzazione per malattia, organo, sistema viene bilanciato dal principio di ricomposizione delle conoscenze sulla persona e lungo l'intera vita della persona. Con riferimento al secondo aspetto, quello del servizio pubblico, le analisi svolte si pongono nella prospettiva di garantire la copertura universale (nei limiti del LEA), equità e solidarietà. Trarre indicazioni per la più efficace ed efficiente per seguire l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza territoriale viene vista non nella prospettiva riduzionistica di migliorare l'equilibrio economico ma nella prospettiva di salvaguardare le prerogative del SSN.

L'aspetto induttivo è collegato alla scelta di presentare casi concreti. In questo modo, da un lato viene verificata la solidità del modello interpretativo degli autori, ma dall'altro si ha la possibilità di mettere in evidenza come il modello di riferimento deve adattarsi alle concrete realtà. È un approccio completamente diverso da quelli di «ottimalità» clinico assistenziale, tecnica, economica, del diritto garantito dalla Costituzione. Poiché la tutela della salu-

te è un diritto a contenuto economico, esso è condizionato dalle conoscenze scientifiche che per loro natura si evolvono sempre più rapidamente, dal volume di risorse che un sistema (per la componente pubblica e privata) mette a disposizione, dai criteri di ripartizione tra le varie regioni e tra le ASL, AO, OU, IRCCS, e dall'efficienza del loro impegno. Il libro affronta il problema secondo la logica bottom up propria dell'innovazione che può essere stimolata o agevolata da condizioni favorevoli (quella de PNR e del DM 77) ma che si realizza concretamente nel confronto diretto con i bisogni reali delle persone. L'ultima osservazione sul piano metodologico riguarda il felice connubio che gli autori presentano tra quella che le teorie di management definiscono «*helicopter view*» e «*zoom*». Infatti, la prima parte del libro presenta una visione generale e sistemica delle funzioni di prevenzione, cure intermedie, cure primarie, presa in carico della cronicità e nei capitoli successivi scende nello specifico del funzionamento e dell'organizzazione delle diverse strutture. In questo modo evitano, o almeno riducono, il rischio di analizzare le esperienze di case di comunità, ospedali di comunità, COT, PUA, secondo la classica logica delle canne d'organo.

Per quanto riguarda la terza chiave di lettura del libro, quella di tipo analitico, è sufficiente scorrere l'indice. Infatti, dopo aver richiamato nel Capitolo 3 la multicanalità della risposta ai bisogni, nei capitoli successivi si affrontano in dettaglio tutti i temi rilevanti. Non vi possono essere strutture e servizi di comunità se non sono rafforzate le comunità (Cap. 4), non si definisce un sistema di governance di tutti gli stakeholder che compongono le comunità (Cap. 11) e non si promuove un ecosistema territoriale (Cap. 15). Nei capitoli dal 5 al 10 sono approfonditi i modelli di servizio, il tipo di competenze (skill mix) e i modelli organizzativi delle diverse strutture che operano nel territorio. Gli autori non propongono soluzioni, ma presentano diverse possibilità di soluzioni che consentiranno a chi già opera, o in futuro opererà, in queste strutture di trovare una propria via al miglioramento. Nei Capitoli 12, 13 e 14 sono presentate le condizioni di implementazione. Infatti, la «sanità di iniziativa» (Cap. 12) è una condizione per la sostenibilità in quanto si propone di rompere il circolo vizioso secondo cui la mancata conoscenza dei bisogni si traduce in un elevato accesso agli ospedali e in generale alle strutture di diagnosi e cura specialistica che richiede un impiego di risorse più elevate, soprattutto un ricorso inappropriato ai Pronto Soccorso. Il circolo vizioso si completa con fenomeni di *boarding* nei Pronto Soccorso a causa della mancanza di posti letto disponibili che a sua volta non di rado è determinata dalle difficoltà di «*dimissioni programmate*» per mancanza di strutture territoriali. La sanità di iniziativa può rompere questo circolo vizioso riducendo l'accesso alle strutture di diagnosi e cura e facilitando e accelerando le dimissioni di pazienti che hanno esigenze di assistenza a bassa intensità. Per rendere più fluidi questi processi è

necessario migliorare da un lato la logistica (Cap. 14) e, soprattutto, agire sulla motivazione e la migliore valorizzazione delle persone (Cap. 13).

L'ultima considerazione sul libro può essere tratta dall'affermazione di un saggio cinese del IV sec. a.C., ripresa nei secoli successivi da moltissimi sociologi, filosofi, esperti di ogni campo, secondo cui «stupidità è avere una risposta per ogni cosa, saggezza è avere una domanda per ogni cosa». Gli autori si sono posti tante domande e hanno cercato di trarre da chi concretamente innova indicazioni per «possibili» risposte. Buona lettura.

1. Epidemiologia della cronicità: dalla popolazione alle popolazioni

di *Valeria Tozzi, Elisabetta Listorti e Lucia Ferrara**

La riflessione sul management dei servizi sanitari dedicati alle persone affette da patologie croniche non può che partire da una riflessione epidemiologica che tracci il perimetro del fenomeno partendo dalle questioni cliniche. A tale scopo, questo primo capitolo del volume presenta tre principali approfondimenti relativi all'epidemiologia della cronicità: una fotografia della cronicità in Italia, la descrizione dello strumento del Population Health Management (PHM) e la presentazione di alcune leve di intervento. La prima parte approfondisce la numerosità della casistica e delle peculiarità che la caratterizzano, quali la polipatologia, la disabilità e la fragilità, oltre a fornire una lettura riassuntiva della reportistica istituzionale in merito all'utilizzo di risorse sanitarie legate alla cronicità. La seconda parte descrive l'approccio del PHM, che permette di rispondere alla necessità di stratificare le popolazioni e di elaborare una lettura della cronicità nella prospettiva dei sistemi (nazionale, regionale e aziendale) che indirizzano e organizzano gli interventi per ciascun individuo. A riguardo, vengono riportate alcune esperienze di utilizzo e casi studio regionali. Infine, viene proposto un approfondimento su tre leve di cambiamento: la prevenzione, l'aderenza e il gradiente socioeconomico. Si tratta di elementi che possono intervenire sull'evoluzione della cronicità e che, pertanto, necessitano di essere inclusi nelle strategie di PHM per tenere conto del più ampio insieme di fattori che concorrono alla salute delle persone e delle comunità. Le conclusioni del capitolo propongono dei messaggi chiave elaborati attraverso la sintesi dei contributi esposti, che insistono sulle opportunità esistenti per disegnare interventi sulla comunità in ragione dei bisogni di salute di distinte popolazioni.

* Benché il capitolo sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, sono da attribuire a Lucia Ferrara i paragrafi 1.2, 1.2.1, 1.2.3 (e sottoparagrafi), 1.2.4 (e sottoparagrafi); a Elisabetta Listorti i paragrafi 1.1 (e sottoparagrafi), 1.2.2 (e sottoparagrafi), 1.3 (e sottoparagrafi) e a Valeria D. Tozzi il paragrafo 1.4.

The reflection on the management of healthcare services dedicated to people with chronic diseases can only start with an epidemiological reflection that outlines the phenomenon's scope, starting from clinical issues. To this end, the first chapter of the volume presents three insights related to the epidemiology of chronicity: an overview of chronicity in Italy, a description of the Population Health Management (PHM) tool, and the presentation of three strategic topics. The first part delves into the prevalence and characteristics of chronic patients, such as comorbidity, disability, and frailty, and provides a summary of institutional reports on the utilization of healthcare resources related to chronic conditions. The second part describes the approach of PHM, which allows for the stratification of populations and the development of an understanding of chronicity from the perspective of national, regional, and organizational systems that guide and organize individual interventions. Some experiences of implementation and regional case studies are also presented. Finally, a focus on three strategic topics is proposed: prevention, adherence, and the socioeconomic gradient. These elements can influence the evolution of chronicity and, therefore, need to be included in PHM strategies to consider the broader set of factors that contribute to the health of individuals and communities. The chapter's conclusions offer some key messages, emphasizing the existing opportunities to design community-based interventions based on the health needs of distinct populations.



A ognuno il suo

1.1 La domanda: caratteristiche epidemiologiche del fenomeno italiano

1.1.1 I dati sulla cronicità in Italia

In Italia nel 2022 il 39,9% della popolazione convive con almeno una patologia cronica (ISTAT, 2022a). In particolare, le patologie a maggiore prevalenza sono l'ipertensione (18,8%), artrosi e artrite (14,8%), le malattie allergiche (11%), l'osteoporosi (7,8%), il diabete (6,3%), la bronchite cronica (5,7%), le malattie del cuore (4,3%), i disturbi nervosi (4,6%) e l'ulcera gastrica o duodenale (2,2%).

Ogni anno il 74% dei decessi a livello globale è causato da malattie croniche (WHO, 2022a), e a ciò va aggiunto che, prima di incorrere nel decesso, sono diversi gli anni durante i quali i malati cronici sperimentano una più bassa qualità della vita, dovuta alla limitazione delle loro abilità di condurre una vita sana a causa di complicanze, disabilità, fragilità e comorbidità. Tutto questo motiva i continui richiami ad aumentare l'attenzione sul tema promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che identifica cinque malattie croniche (*non-communicable diseases*, NCD) come più rilevanti: le malattie cardiovascolari, il cancro, il diabete, le malattie respiratorie croniche e le malattie mentali.

Il tema della cronicità è indissolubilmente legato a quello dell'invecchiamento: le persone con una malattia cronica in Italia sono pari al 60% dei soggetti in età 60-64 anni, 75% dei soggetti in età 65-74 anni e 85% per gli over 75 (ISTAT, 2022b). Il gradiente anagrafico della cronicità varia a seconda della patologia considerata, portando in alcuni casi a delle stime che differiscono molto per fascia d'età, come nel caso dell'ipertensione: ne soffre meno del 10% della popolazione con meno di quarant'anni, mentre circa il 65% della popolazione intorno agli 80 anni di età (PASSI).

Il legame età-cronicità assume particolare rilievo nel contesto della popolazione italiana che a inizio 2022 risulta composta da 14 milioni di soggetti con più di 65 anni, di cui 4,5 milioni hanno più di 80 anni (ISTAT, 2022b). Le statistiche ISTAT ci forniscono anche delle previsioni a venti anni che includono 19 milioni di soggetti con più di 65 anni e un numero di quasi due milioni più alto rispetto a oggi di soggetti con più di 80 anni. Questa fotografia del cambiamento demografico in atto impone una ridefinizione delle strategie politiche da adottare, che coinvolgano non solo il mondo sanitario ma anche considerazioni sul mondo del lavoro e sul contesto sociale.

Oltre alla dovuta premessa sull'invecchiamento, addentrarsi nel mondo della cronicità significa scoprire alcune caratteristiche ricorrenti, quali la multicronicità (o multimorbidità) e la presenza di comorbidità. In Italia, il 21% della popolazione ha più di una patologia cronica. Tendono a presentarsi insieme le malattie che hanno fattori di rischio comuni e sono legate da relazioni causali bidirezionali. È possibile individuare due gruppi: cardiovascolare (iper-

tensione, cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca, dislipidemia, diabete, fibrillazione atriale, arteriopatie, insufficienza renale) e neurologico (demenza, Parkinson, epilessia e disturbi mentali) (ARS Toscana, 2019). La presenza di comorbidità, invece, può essere sia legata a condizioni cliniche preesistenti l'insorgenza della patologia cronica, sia riferirsi a complicanze subentrate, molto spesso in conseguenza, alla malattia cronica. La presenza di più malattie concomitanti rende più complessa la presa in carico della persona, come emergerà anche dalle riflessioni nei capitoli successivi.

A completare le storie di salute dei malati cronici, due elementi, inevitabilmente legati tra di loro, aggiungono complessità: la disabilità e la fragilità. Circa 6,4 milioni di persone in Italia non riescono a condurre una vita in piena autonomia, avendo moderate o gravi difficoltà nelle attività di cura personale o di cura della vita domestica (ISTAT, 2022a). La problematica è fortemente legata con la cronicità, poiché numerose sono le malattie croniche che hanno effetti sulla funzionalità neuromotoria e l'autonomia della persona. In particolare, tra i pazienti con malattie croniche sono i malati di demenza e sclerosi multipla a essere più di frequente in condizioni di non autosufficienza, seguiti dai malati di ictus, disturbi mentali e Parkinson (ARS Toscana, 2019). Questa limitazione delle capacità personali porta a delle conseguenze in diversi ambiti della vita personale: dal contesto lavorativo, dove, a seconda della professione svolta, può essere necessario rivedere parzialmente o del tutto le proprie mansioni; al contesto familiare e sociale, dove può emergere con diversi gradi di consapevolezza la necessità di un accudimento svolto in modo informale (es. dal proprio coniuge) o formale.

Se, pertanto, già il tema della disabilità apre l'orizzonte della cronicità a un panorama non più solo clinico, il quadro si fa più sfidante considerando il tema della fragilità. Seppur non ci sia ancora una definizione univoca del concetto di fragilità, ciò che accumuna le diverse definizioni proposte è che la fragilità è un concetto complesso e multidimensionale che coinvolge diversi ambiti funzionali propri soprattutto degli anziani (Gobbens *et al.*, 2010), aggiungendo alcuni bisogni di cura a quelli tradizionalmente associati alla patologia cronica. Ampliando quindi la prospettiva sulla patologia cronica a una visione integrata dei molteplici aspetti che compongono la salute, per fragilità si intende una riduzione della capacità di rispondere ad agenti di stress e danno fisico e psicologico, che induce un aumentato rischio di incorrere in esiti negativi (Fried *et al.*, 2001). I fattori che concorrono a determinare uno stato di fragilità si possono raggruppare in tre macro aree: clinica (considerando aspetti quali la poli patologia), funzionale (tenendo conto di tutti i fattori che interferiscono con l'autonomia nelle attività della vita quotidiana, difficoltà di movimento, deficit sensoriali); sociale (includendo per esempio la mancanza di reti di supporto, la povertà economica e l'esclusione sociale) (Pandolfi *et al.*, 2016).

La moltitudine di aspetti caratterizzanti i pazienti cronici compone, pertanto, un quadro complesso a livello italiano: un Paese longevo ma con una quota rilevante di anziani con patologie croniche e poli cronicità che accresce la loro vulnerabilità a eventi avversi alla salute (PASSI, PASSI d'ARGENTO). Questa complessità pone dei quesiti sulla corrispondente richiesta di servizi sanitari e sulla capacità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di farvi fronte. Appare, pertanto, necessario approfondire la reportistica prodotta finora sui servizi richiesti per la cronicità in Italia, di modo da quantificare e caratterizzare la domanda di riferimento, e permettere di costruire su questa consapevolezza la progettazione di strategie di sostenibilità del SSN anche attraverso il contributo di soggetti non pubblici che operano nel settore.

1.1.2 I dati sui servizi richiesti per cronicità in Italia

La crescita del fenomeno della cronicità, insieme alle previsioni demografiche sui prossimi decenni, interrogano i sistemi sanitari a livello globale sulla capacità di tenere fronte all'aumento delle prestazioni da erogare. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, che non sono rivolti alla guarigione bensì al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita, necessariamente richiedono di prendere in carico il paziente nel lungo termine e di garantire l'appropriata continuità assistenziale (Ministero della Salute, 2016).

Appare perciò immediatamente intuibile, oltre che documentato, l'aumento di servizi sanitari attribuibile alle malattie croniche (Broemeling *et al.*, 2008; Denton *et al.*, 2010). Uno studio recente ha utilizzato i dati della survey europea SHARE 2011-2012 per esaminare il legame tra malattie croniche e utilizzo dei servizi sanitari, rilevando un maggior numero di visite mediche specialmente in Italia, e in maniera omogenea tra tutti i Paesi, un maggiore utilizzo delle cure secondarie, maggiore probabilità di essere ricoverati in ospedale, aumento del numero di ricoveri e una durata della degenza maggiore (Palladino *et al.*, 2016).

Oltre alla fotografia delle aumentate quantità di servizi attribuibili alla cronicità, è necessario supportare le scelte strategiche dei decisori politici mediante l'analisi delle tipologie di servizi sanitari richiesti dai pazienti cronici, in modo da progettare i cambiamenti resi necessari nell'allocazione delle risorse sanitarie. Seppur manchi una reportistica complessiva e puntuale a livello italiano, è possibile rintracciare da studi specifici e approfondimenti regionali alcune informazioni sulle quantità e tipologie di servizi sanitari utilizzati dai pazienti cronici.

Uno studio condotto da ARS Toscana nel 2019 mostra come l'impatto della cronicità sui servizi si ritrovi innanzitutto nelle prestazioni territoriali (assistenza domiciliare/residenziale, farmaceutica). Minore appare il carico su ri-

coveri ospedalieri, accessi in Pronto Soccorso (PS) e specialistica ambulatoriale, presidiate maggiormente da condizioni cliniche acute. Sul totale delle prestazioni erogate, il consumo dei malati cronici rispecchia il peso rilevante di queste patologie: il 77,7% degli accessi di assistenza domiciliare e il 61,5% degli ingressi in RSA sono attribuibili alla cronicità, così come il 71% delle prescrizioni farmaceutiche e il 59,8% dei servizi di riabilitazione (ARS Toscana, 2019).

All'interno dei ricoveri ospedalieri con diagnosi di patologie croniche, meritano particolare attenzione i ricoveri dovuti a condizioni prevenibili, ovvero che avrebbero potuto essere evitate mediante una corretta gestione a livello territoriale dei pazienti. È il caso, per esempio, delle complicanze per diabete, che possono essere ritardate e prevenute attraverso l'aderenza alle indicazioni fornite dai professionisti in termini di prescrizioni farmacologiche, regolarità nelle visite e stile di vita salutare (Lugo-Palacios *et al.*, 2016). Nel 2021, in Italia sono stati 126.840 i ricoveri evitabili documentati dal Programma Nazionale Esiti (PNE) per le patologie dello scompenso cardiaco (tasso di ospedalizzazione 2,5‰), 50.179 per BPCO (tasso di ospedalizzazione 1,01‰), 15.205 per diabete (tasso di ospedalizzazione 0,3‰) (PNE, 2022).

Oltre alle prestazioni tracciate dai sistemi informativi regionali, vi è però da considerare il ricorso alle visite da parte del medico di medicina generale (MMG). A questo proposito, i dati raccolti dal network Health Search (HS), sviluppato dalla Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, permettono di mappare sia la prevalenza di pazienti con multicronicità in carico agli MMG del network HS, sia la corrispondente percentuale di contatti annui medico-paziente (per qualsiasi causa). Ciò che emerge dai dati raccolti è che sebbene i pazienti con multicronicità continuo per il 25,8% del totale degli assistiti dei MMG, allo stesso sottogruppo di pazienti è attribuibile il 57,2% del totale dei contatti che il MMG ha con i propri assistiti, e questa percentuale sale al 85,6% se si considerano solo gli assistiti di fascia d'età 85-89 anni (Cricelli *et al.*, 2018).

Al volume di attività dedicato ai pazienti cronici corrisponde un costo sopportato dai sistemi sanitari, a cui le aree cliniche contribuiscono ciascuna secondo i percorsi clinici esistenti e il decorso clinico che le caratterizza. A livello internazionale, la spesa maggiore è stata documentata come imputabile alle malattie cardiovascolari, che assorbono tra il 12 e il 16,5% del budget sanitario, mentre la percentuale spesa per le altre malattie croniche varia dallo 0,7% al 7,4% (Muka *et al.*, 2015). Dai dati italiani emerge che, sul totale della spesa sanitaria (ospedaliera, farmaceutica e specialistica), è più della metà a essere attribuibile alla cronicità (54% della spesa per il territorio, 66% della spesa farmaceutica) (ARS Toscana, 2019).

Questi dati mettono in luce il rapido cambiamento che non solo è richiesto ma è già in atto nei sistemi di erogazione dei servizi sanitari. A fronte di

ciò, emerge la necessità di sviluppare nuove forme di organizzazione che consentano al SSN di adattare le proprie risorse alla domanda di servizi rivolti alla cronicità. Tale richiesta, combinata con la fotografia complessa dei numeri sugli individui coinvolti nel tema della cronicità e sulle specificità che li caratterizzano in termini di disabilità, multicronicità e fragilità, impongono un vero ripensamento dei modelli strategici con cui approcciare il management della cronicità.

1.2 Evoluzione dei modelli di management per la cronicità: dai PDTA al Population Health Management

La ricerca di nuove forme di organizzazione per i servizi rivolti ai pazienti cronici si colloca storicamente all'inizio degli anni Novanta, quando l'esigenza di contenimento della spesa sanitaria e il riconoscimento dell'emergenza della cronicità posero con forza la necessità di superare la frammentazione produttiva sanitaria e assistenziale. In questo percorso trentennale, si possono identificare diverse fasi ed evoluzioni del dibattito manageriale sugli interventi per tali pazienti, che ha trovato nel tempo soluzioni diverse alla frammentazione dei processi erogativi. Dall'adozione di forme innovative di *process management* e quindi dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) come processo erogativo primario per patologia/bisogno di salute, all'adozione di modelli di rete, «*integrated service networks*» o «*organized delivery systems*» (Shortell *et al.*, 1994), come strumento di *policy* e organizzativo; all'adozione del *Chronic Care Model (CCM)* quale approccio olistico alla cronicità, promuovendo l'attenzione sui processi decisionali e organizzativi nell'erogazione dei servizi, sulle infrastrutture tecnologiche e la capacità di coinvolgere l'utente e la comunità nella costruzione dei percorsi di presa in carico (Tozzi *et al.*, 2015).

In questo dibattito, a partire dal 2008, e in particolare con la pubblicazione dell'articolo dell'Institute for Healthcare Improvement (Berwick *et al.*, 2008), in cui viene declinato per la prima volta il cosiddetto «triplice fine» (migliorare la salute della popolazione, migliorare l'esperienza individuale e la qualità delle cure e ridurre la spesa pro capite) il quadro teorico di riferimento ha prodotto e diffuso i principali contributi di PHM, prima diffusi in USA e poi anche altrove. Il PHM traduce a livello di sistema l'intuizione dei percorsi e le precondizioni per la loro progettazione, puntando agli obiettivi di governo della domanda e integrazione dei processi di cura coniugando il triplice fine indicato dagli studi di Berwick.

1.2.1 Population Health Management: i principali contenuti del dibattito

Nelle premesse del PHM e nelle sue applicazioni si possono rintracciare numerosi riferimenti a modelli pregressi, concetti e aree di intervento sedimentati nel

tempo e tra loro distinti: 1) l'approccio di popolazione della *public health*, focalizzato su interventi di prevenzione della salute generale; 2) l'utilizzo dei dati e dei sistemi informativi per la raccolta puntuale delle informazioni sul singolo caso; 3) l'epidemiologia, per l'analisi della domanda e la stratificazione per condizioni di rischio clinico; 4) la *value-based care* (Porter e Lee, 2013), nell'impostazione per processi e percorsi di cura e la valorizzazione economica per episodi o cicli; 5) il Chronic Care Model (CCM), come modello organizzativo di presa in carico integrato e continuativo che per primo ha richiamato la funzione di *empowerment* e *self-management* dell'utente, enfatizzando il ruolo delle cure primarie; 6) la medicina personalizzata (*patient centred medicine*); 7) il *case* o *care management*, per la presa in carico mirata dei soggetti con condizioni ad alta complessità o disabilità (Morando e Tozzi, 2015); 8) la gestione per processi e il dibattito sui PDTA, in quanto entrambi hanno bisogno di partire da informazioni aggregate per identificare le popolazioni producendo livelli differenti di segmentazione della domanda; associare le informazioni generali sui target in carico con l'identificazione di ogni singolo caso per sviluppare interventi mirati; mediare logiche complessive di presa in carico (come quelle dei PDTA) con i piani personalizzati di cura e assistenza che devono rispondere ai diversi livelli di severità del bisogno sanitario o sociale. Sono tutti elementi che, spesso partendo da prerogative diverse, inquadrano il tema dell'integrazione dei servizi e della «targettizzazione» degli interventi affinché gli investimenti (di qualsiasi natura) dei sistemi possano conseguire il triplice fine.

Sul piano operativo e in linea con i contributi citati, è possibile individuare alcuni elementi distintivi e definatori del PHM che sono ben sintetizzati dalla *Care Continuum Alliance* (CCA, oggi Population Health Alliance), in un primo «white paper» del 2012 (May 2012). La CCA fornisce una definizione operativa del PHM valida ancora oggi, basata su sei pilastri:

1. identificazione della popolazione: sulla base di caratteristiche quali l'area geografica, l'inclusione in un programma di salute, l'arruolamento dei medici di base ecc. Non esiste però un *gold standard* per l'identificazione dei pazienti;
2. valutazione dello stato di salute sulla base delle informazioni cliniche e amministrative disponibili e del modello di profilazione adottato (per esempio, profilo basato sul rischio o sullo stato di salute e la stadiazione);
3. stratificazione del rischio/segmentazione della popolazione in gruppi omogenei di soggetti con caratteristiche simili in ragione di criteri differenti quali, per esempio, la compresenza di patologie associate o complicanze, il disagio sociale;

4. definizione del piano di cure individuale: il piano di cure individuale deve comprendere sia interventi derivanti dal gruppo di popolazione azione target (es. diabete), sia interventi specifici per il paziente e il bisogno di cure individuale;
5. valutazione di impatto clinico e audit tra i professionisti rispetto ai risultati di salute e di processo. La fase di valutazione, infatti, prevede strumenti diversi che rilevino più dimensioni: qualitativa (qualità delle cure e soddisfazione), clinica (*outcome* di cura), con misure specifiche per le sotto-popolazioni target (es. diabete, scompenso) e organizzate in modo gerarchico, infine, economica (costo unitario del ciclo di cura legato alla quota capitaria per ogni assistito);
6. ciclo della qualità e miglioramento continuo: l'adozione del ciclo di monitoraggio della qualità consente di correggere costantemente le soluzioni organizzative adottate e aggiornare gli strumenti di segmentazione, presa in carico (protocolli) e valutazione dello stato di salute, in linea con la programmazione.

Da questa rappresentazione, risulta evidente come il PHM promuova una accezione propria di «salute della popolazione», che si allontana dagli approcci tradizionali dell'epidemiologia e della *public health*, poiché mira a un cambiamento del paradigma di riferimento. In primo luogo, negli approcci di PHM è centrale non tanto la focalizzazione sul controllo dei fattori potenzialmente dannosi per la popolazione nella sua globalità (tipico della *public health*) quanto quella sulla misurazione dei risultati (sia in generale sia rispetto a specifiche sotto-popolazioni o addirittura sul singolo caso). È inoltre pivotale rafforzare l'*accountability* pubblica del sistema, in una prospettiva di equità dell'accesso alle cure e di sostenibilità delle risorse, e quindi di esigibilità dei servizi (Devore *et al.*, 2011).

Da qui, l'ancoraggio del PHM con le logiche e gli approcci manageriali e la valorizzazione dei percorsi di cura. Nella prospettiva manageriale emerge con forza la necessità non solo di identificare la «popolazione in carico» attraverso alcune variabili di consumo, lette in modo retrospettivo, e/o prestazioni attese, in chiave prospettica, ma di riconfigurare i modelli di erogazione dei servizi, a partire dall'identificazione di base di aree omogenee di bisogno. La prospettiva epidemiologica e quella della salute pubblica, invece, tendono a sottovalutare queste dinamiche, adottando logiche di popolazione basate su criteri geografici o sanitari molto puntuali, includendo altre variabili causali, per esempio economiche, sociali o ambientali, diverse e non direttamente collegabili all'impatto dei servizi sanitari e al loro accesso (Morando e Tozzi, 2015). Nell'ambito del PHM, dunque, l'attività di identificazione di aree omogenee di bisogno assume un ruolo cruciale, che per la sua rilevanza ha dato

origine a numerosi approfondimenti scientifici e a un'etichetta ben riconoscibile: stratificazione.

1.2.2 Population Health Management e stratificazione

Stratificare la popolazione significa identificare sottogruppi della popolazione omogenei in termini di bisogni sanitari (non sempre è la patologia il vettore che alimenta una domanda omogenea di servizi). Il valore aggiunto della stratificazione è di permettere la progettazione di attività operative e misure politiche che sono personalizzate in base al sottogruppo della popolazione a cui appartengono gli individui. La logica della personalizzazione, pertanto, sostituisce quella della standardizzazione, adattandosi alle specificità cliniche, sociali e personali dell'individuo trattato. La differenziazione diventa così funzionale a rispettare sia il principio di centralità del paziente e delle sue scelte, sia il requisito di efficacia e di efficienza attraverso la riduzione degli interventi inappropriati (Ministero della Salute, 2016).

Attraverso il PHM, la stratificazione è da intendersi come un approccio e uno strumento concreto che diversi attori sanitari possono sfruttare, sia nelle diverse fasi della presa in carico dei pazienti, sia in progetti di sanità d'iniziativa. Possono essere interessati alla stratificazione, infatti, i singoli professionisti (per esempio il MMG), che stratificando i propri assistiti riescono a differenziare le agende e le tipologie di servizi offerti sulla base di attese comuni. Gli uffici di controllo di gestione dell'Asl o i servizi di epidemiologia locali possono utilizzare tecniche di stratificazione per quantificare e prevedere i bisogni di salute che emergeranno per ciascuna categoria omogenea. I decisori politici, nel progettare misure politiche, possono fare uso di questi strumenti per programmare i livelli di produzione di servizi attesi e la rete di offerta appropriata, oltre a disegnare nuove configurazioni che si adattino a specifici sottogruppi della popolazione.

Chiunque sia l'attore che fa utilizzo della stratificazione, si troverà di fronte alla scelta della tecnica da utilizzare, ovvero del criterio di definizione di «omogeneo» e quindi di inserimento di persone all'interno dello stesso gruppo. Esistono diversi esempi in letteratura, contraddistinti da uno stesso razionale: individuare un gruppo di informazioni osservabili in ciascun individuo che sono predittive di un esito (legato allo stato di salute) che è di interesse monitorare. In questa schematizzazione del legame tra informazioni disponibili (input) e stato di salute (output), le diverse tecniche si distinguono innanzitutto per la scelta delle variabili di input e output, e successivamente per la tecnica di sintesi. La premessa per avviare un processo di stratificazione però è quella di identificare le fonti dati disponibili e le tipologie di informazioni in essi contenute.

Figura 1.1 Schematizzazione del processo sottostante le tecniche di stratificazione, attraverso il legame tra informazioni disponibili (input) e stato di salute (output)



1.2.2.1 I dati

Le fonti di dati più diffusi oggi ai fini della stratificazione possono essere classificate in tre macro categorie: dati clinici; dati da registri di patologia o sistemi di sorveglianza; dati amministrativi.

Possono essere considerati dati clinici tutte le informazioni raccolte durante lo svolgimento di prestazioni sanitarie, per esempio visite o ricoveri. Si tratta di informazioni che possono essere codificate, attraverso l'utilizzo di un linguaggio comune, come avviene per le diagnosi inserite nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO). In altri casi, però, si può trattare di informazioni inserite in campi liberi, senza una codifica che ne consenta una lettura agevolata a soggetti diversi da chi ha raccolto il dato.

I registri di patologia raccolgono dati su pazienti affetti da specifiche patologie e provenienti dai centri di riferimento, con l'obiettivo di produrre con regolarità materiale di reportistica che consenta di descrivere le caratteristiche clinico-epidemiologiche della patologia, mettendo in luce eventuali tendenze di medio e lungo periodo. Si tratta di strumenti utili anche per l'identificazione delle necessità assistenziali sul territorio nazionale, che possono rappresentare quindi anche un supporto per la programmazione sanitaria e per le scelte sulla distribuzione delle risorse. Ne è un esempio il Registro italiano fibrosi cistica (RIFC), che ogni anno pubblica un rapporto di sintesi delle informazioni raccolte (Campagna, 2021), o il Registro dei tumori naso-sinusali (ReTuNS) (Principali, 2021), il Registro nazionale dei casi AIDS (RNAIDS). Tra i più utilizzati e citati ci sono inoltre i Registri Tumori (RT), riuniti all'interno dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), che riunisce strutture deputate alla raccolta e registrazione di tutti i tumori incidenti in un determinato territorio. Simile scopo hanno i cosiddetti sistemi di sorveglianza, come il sistema nazionale di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV (Regine, 2018). Il vantaggio dei dati provenienti da questi archivi è che alla base della loro raccolta vi è un rationale coerente al monitoraggio di informazioni sanitarie degli individui, che si traduce in una competenza clinica solida nell'identificazione dei casi e che assicura che la registrazione dei dati avvenga in modo rigoroso e con carattere continuativo e sistematico.

Infine, negli ultimi anni è stata sempre più valorizzata la ricchezza informativa dei dati amministrativi. I database amministrativi delle aziende sanitarie, possono essere usati per predire il rischio di alcuni accadimenti, possono servire a comparare le performance sanitarie all'interno dei sistemi o essere usati in sinergia con database clinici (Ayilin *et al.*, 2007) per valutare la validità di un intervento sanitario, come base per studi relativi a malattie a bassa prevalenza, ad associazioni esposizioni-malattia, o come base dati per studi di prevalenza o relativi all'utilizzo dei servizi (Jutte *et al.*, 2011), per un ampio numero di condizioni croniche quali, per esempio, diabete, BPCO, ipertensione, cardiopatia ischemica, malattie cardiovascolari, depressione (Gini *et al.*, 2013). I dati amministrativi includono anche informazioni raccolte non necessariamente attraverso il settore sanitario, come nel caso del censimento svolto da ISTAT. Al contrario dei dati provenienti da ambienti clinici o registri di patologia, i dati amministrativi non nascono da un intento di raccogliere informazioni sanitarie sugli individui, e quindi spesso richiedono di essere interpretati o tradotti in variabili di interesse, operazione non immediata e non sempre realizzabile. Ne è un esempio la registrazione della residenza, che se nella precisione dell'indirizzo ha importanza per valutazioni amministrative, a fini sanitari non presenta un'immediata utilità. Tuttavia, se tale informazione viene collegata agli indicatori di deprivazione costruiti per aree geografiche, è possibile ottenere un'approssimazione dello stato socio-economico degli individui, che diventa informazione di interesse anche per studi in ambito sanitario. In virtù di questa caratteristica, i dati amministrativi consentono spesso di superare il limite dei dati clinici o da registri in cui la disponibilità di informazioni è ridotta a un numero limitato di esposizioni, confondenti ed esiti tracciati.

Le tre tipologie di fonti di dati menzionate possono essere integrate tra di loro, soprattutto nei contesti in cui nessuna delle tre può essere eletta come unica fonte esaustiva di raccolta dei dati a causa di bassa copertura dei flussi informativi su fenomeni di interesse. Esperienze anche nazionali mostrano che l'integrazione delle informazioni raccolte da più fonti può portare a vantaggi di completezza e affidabilità dei dati (Astolfi, 2013).

1.2.2.2 Output e input

Diversi possono essere gli esiti di salute che è di interesse monitorare come *output*: esiti clinici, quali la mortalità; esiti che includano anche considerazioni sociali, come la disabilità o la fragilità; esiti che permettano di quantificare i servizi sanitari utilizzati o richiesti, come le ospedalizzazioni. In base a quali output vengano stabiliti come prioritari, dipenderà la scelta delle variabili di input. Complessivamente, le variabili input utilizzate finora in letteratura e in contesti operativi possono essere classificate come anagrafiche (es. età, genere, nazionalità); cliniche (es. presenza di comorbidità); sociali (es. stato civile o la-

vorativo). Si tratta di quelle caratteristiche personali che soddisfano due requisiti: i) le cui informazioni sono disponibili a chi sviluppa lo strumento di stratificazione, e ii) meglio predicono l'output di interesse.

Seppur a livello teorico sia preferibile che la scelta degli *output* guidi la ricerca degli *input*, in un contesto di povera organizzazione informativa può accadere che sia la disponibilità dei dati a guidare la scelta dell'approccio. Seppur non si tratti dello scenario ottimale, una adeguata scelta tra le variabili di *input* disponibili e di conseguenza le metodologie utilizzabili può comunque rivelarsi un elemento di valore per il sistema gestito. A questo proposito, possono essere citate le criticità emerse negli ultimi anni relativamente al tema della *privacy* e della necessità di richiedere il consenso agli assistiti prima di qualunque utilizzo dei dati che li riguardano. In questo contesto, vi sono comunque delle tecniche che consentono di procedere per la stratificazione, delle quali se ne offrono due esempi nel caso in cui si voglia permettere l'utilizzo del risultato della stratificazione a un singolo professionista (es. un MMG). Una possibilità può essere quella per l'ente amministrativo-epidemiologico di riferimento di aggregare i dati, di modo da superare il limite della *privacy* sull'utilizzo del dato individuale, e derivare una fotografia complessiva dei sottogruppi della popolazione. In tal modo, si potrà indirizzare il professionista a quantificare la numerosità di ciascun gruppo, evidenziando eventuali differenze tra il suo percepito e la fotografia restituita dalla stratificazione (senza che si rivelino i nominativi degli assistiti inclusi in ciascun gruppo). Un'altra possibilità è rendere funzionanti degli algoritmi di stratificazione all'interno del sistema informatico individuale del singolo professionista, di modo che sia possibile profilare gli assistiti senza che le informazioni sugli stessi vengano fornite a terzi, e dunque rimanendo nei confini dell'accordo esplicito sulla gestione del dato stipulato all'interno del rapporto medico-paziente.

1.2.2.3 La tecnica di sintesi

L'ultimo elemento che distingue le tecniche di stratificazione è la tecnica di sintesi utilizzata per fornire un indice unico che caratterizzi ciascun individuo a partire dalle variabili di *input*. Alcuni esempi immediati sono la somma dei valori normalizzati delle variabili di *input*; o la somma delle variabili *input* dopo averle trasformate in variabili dicotomiche. Esempi più complessi prevedono l'assegnazione di pesi alle variabili di *input* che ne riproducano la rilevanza assegnata secondo condizioni stabilite a priori, oppure l'utilizzo di tecniche di ordinamento della popolazione.

La scelta della metodologia utilizzata permette di modulare l'*expertise* richiesta al personale che concretamente operazionalizza la stratificazione. Infatti, se una semplice stratificazione solo per classe d'età può essere implementata anche da qualunque professionista che abbia delle competenze base di un software statistico, sarà necessario un supporto tecnico più avanzato nel caso

in cui si desiderasse sfruttare le capacità predittive degli strumenti più complessi presenti in letteratura.

Nonostante il comune razionale, ovvero la ricerca di un gruppo di informazioni attraverso le quali caratterizzare gli individui per poterli raggruppare in categorie omogenee, le numerose alternative descritte nella costruzione dell'algoritmo di stratificazione aiutano a ribadire che non esiste un *gold standard* o una modalità unica per stratificare i pazienti in coorti omogenee. Sono molteplici i criteri adottati per raggruppare i pazienti in modo da consentire interventi mirati a prevenire o a evitare i costi collegati al peggioramento delle condizioni di salute, o a definire dei percorsi differenziati di presa in carico, e molto spesso tali criteri dipendono dalle specificità delle singole patologie e/o dai contesti in cui la stratificazione viene applicata. La conoscenza delle molteplici esperienze e tecniche di stratificazione esistenti permette di valorizzare gli elementi di valore prodotti nei diversi contesti.

1.2.3 Alcune esperienze di stratificazione

All'interno del contesto italiano, numerosi gruppi di ricerca hanno lavorato e stanno lavorando allo sviluppo di algoritmi di stratificazione, partendo da esigenze territoriali motivate dall'implementazione dei Piani Regionali Cronicità o da progetti di ricerca specifici che si concentrano sulla stratificazione (Corrao, 2017; Rea, 2019; Silan, 2019; Silan, 2022). A livello istituzionale, il DM 77/2022 presenta un'intera sezione dedicata al tema della stratificazione, incoraggiandone l'utilizzo per differenziare le strategie di intervento per la popolazione, cronica e non. Basandosi sui bisogni socioassistenziali, individua sei livelli: 1) persona in salute; 2) persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo; 3) persona con complessità clinico assistenziale media; 4) persona con complessità clinico assistenziale medio alta con o senza fragilità sociale; 5) persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale; 6) persona in fase terminale (DM 77, 2022).

Di seguito, si riportano alcune esemplificazioni di progetti di ricerca e studi che hanno provato a stratificare i pazienti in sottogruppi omogenei per fabbisogno di salute, facendo riferimento non alla stadiazione clinica ma ad altre *proxy*, quali, per esempio, la presenza o meno di comorbidità, l'uso di alcuni farmaci o prestazioni traccianti, e assumendo che in linea di principio i pazienti con comorbidità o che usano determinati farmaci presentano un fabbisogno diverso dal resto della coorte dei pazienti.

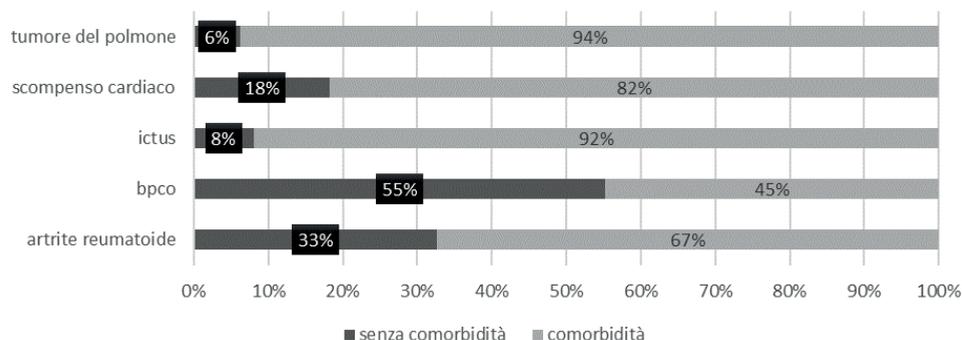
Si precisa che nel corpo dello scritto si adotta una semplificazione: il concetto di stratificazione viene proposto quale modello di base per la segmentazione della popolazione. Il primo è largamente legato all'ambito clinico e sanitario nella misura in cui usa lo stato di salute quale elemento di distinzione tra soggetti. Il secondo termine, invece, è molto più ampio e viene mutuato dal

marketing che, applicato in sanità, tenta di inquadrare una domanda omogenea di servizi da parte di fasce di popolazioni. Le questioni cliniche o sanitarie sono solo alcune delle caratteristiche per segmentare la popolazione target: le variabili demografiche (sesso, età ecc.), quelle socioeconomiche (istruzione, reddito, occupazione ecc.), quelle psico grafiche (stile di vita, alimentazione ecc.) e i modelli di consumo (dove vengono erogate le prestazioni prevalenti, con quale frequenza ecc.) sono tutte determinanti di attese diverse nei confronti del sistema di erogazione delle cure. In questa sede, si rilancia sul tema della stratificazione della popolazione, basata sulle condizioni di salute, quale modello di base per segmentare la domanda di servizi a cui rispondere con configurazioni specifiche dell'offerta.

1.2.3.1 La stratificazione in base alla presenza o meno di comorbidità

Un primo esempio di stratificazione può essere mutuato dal progetto di ricerca «PDTA standard per le patologie croniche» promossa da FIASO e sviluppata dal CER GAS SDA Bocconi nel 2011 (Tozzi *et al.*, 2014). Il progetto ha messo sotto osservazione cinque condizioni patologiche che stanno interessando in misura crescente l'organizzazione e la gestione dei servizi territoriali: tumore del polmone, BPCO, artrite reumatoide, ictus cerebrale e scompenso cardiaco. Si tratta di patologie paradigmatiche per quanto riguarda i problemi specifici che le cronicità manifestano rispetto all'identificazione della popolazione in carico, al modello di presa in carico agito, all'appropriatezza delle scelte professionali e alle risorse assorbite.

Attraverso il coinvolgimento di undici aziende sanitarie sul territorio nazionale, il progetto ha permesso di identificare, attraverso i database amministrativi aziendali, i pazienti presi in carico e di stratificarli in due sottogruppi in base alla presenza o meno di comorbidità. Per operare questa distinzione, sulla base dei database amministrativi, si è fatto riferimento all'esperienza del progetto «Nocchiero», sviluppato dalla Regione Liguria. La distinzione tra i due gruppi si basa sulla ipotesi che il percorso rilevato attraverso i consumi nel gruppo «senza comorbidità» possa essere meglio riconducibile a quello specifico di patologia.

Figura 1.2 Segmentazione della popolazione tra mono e pluripatologia

Fonte: Tozzi *et al.*, 2014

1.2.3.2 La stratificazione per livelli di gravità della patologia

Nel progetto «Osservatorio sui modelli di presa in carico per la BPCO» realizzato nel 2013-2015 (Tozzi *et al.*, 2015), la coorte di pazienti con BPCO è stata segmentata in base ai livelli di gravità della patologia stimati sulla base delle prestazioni consumate. Segmentare, infatti, la popolazione identificata in base al bisogno di salute è funzionale a una corretta valutazione del modello di presa in carico per la BPCO. Usando la classificazione GOLD 2007 della BPCO come indice di gravità pneumologica i pazienti identificati attraverso i database amministrativi (in particolare SDO, esenzioni e farmaci) sono stati stratificati in quattro livelli di gravità (lievi, medi, gravi e molto gravi) ognuno associato a un diverso consumo di risorse e identificato sulla base di alcune prestazioni traccianti, quali per esempio l'uso di determinati farmaci o ospedalizzazioni.

Tabella 1.1 Segmentazione della popolazione con BPCO

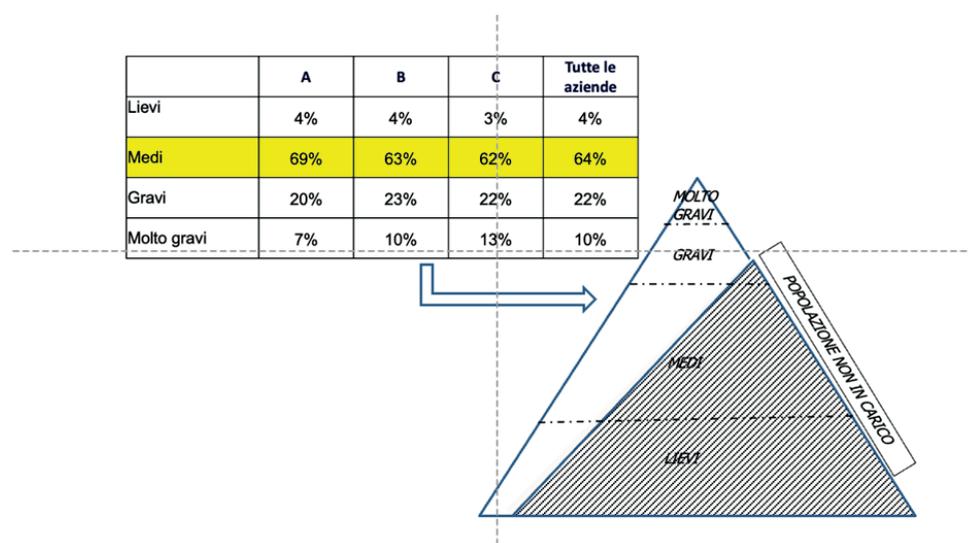
Lievi: solo broncodilatatori a breve durata di azione o nessuna terapia farmacologica specifica per BPCO
Medi: solo LABA/LAMA o cortisonici inalatori, anche in associazione
Gravi: solo LABA/LAMA o cortisonici inalatori, anche in associazione e almeno 1 riacutizzazione maggiore (ricoveri con icd9-cm 491.2, 480, 486, 518.81, 415 in prima diagnosi) o 2 riacutizzazioni minori (terapia antibiotica per almeno 28 giorni)
Molto gravi: ossigeno terapia o ventilazione meccanica non invasiva

Fonte: Tozzi *et al.*, 2015

Sulla base della gravità, è stato possibile osservare come i 2/3 della popolazione in carico avessero uno stadio di malattia moderato. Inoltre, sempre dallo

stesso studio, emerse come il solo flusso informativo sui farmaci permettesse sia di rintracciare situazioni di inappropriata prescrizione, sia situazioni di rischio di ospedalizzazione per target di popolazione severa con consumo di farmaci inappropriato rispetto allo stato di salute (Pacileo *et al.*, 2019): uno strumento di monitoraggio dei consumi su popolazione, segmentata per livello di severità, che nelle mani del MMG o dello specialista permettono di avviare interventi di prevenzione delle ospedalizzazioni per riacutizzazione della malattia.

Figura 1.3 Intercettare la domanda di salute attraverso i flussi legati all'erogazione dei servizi



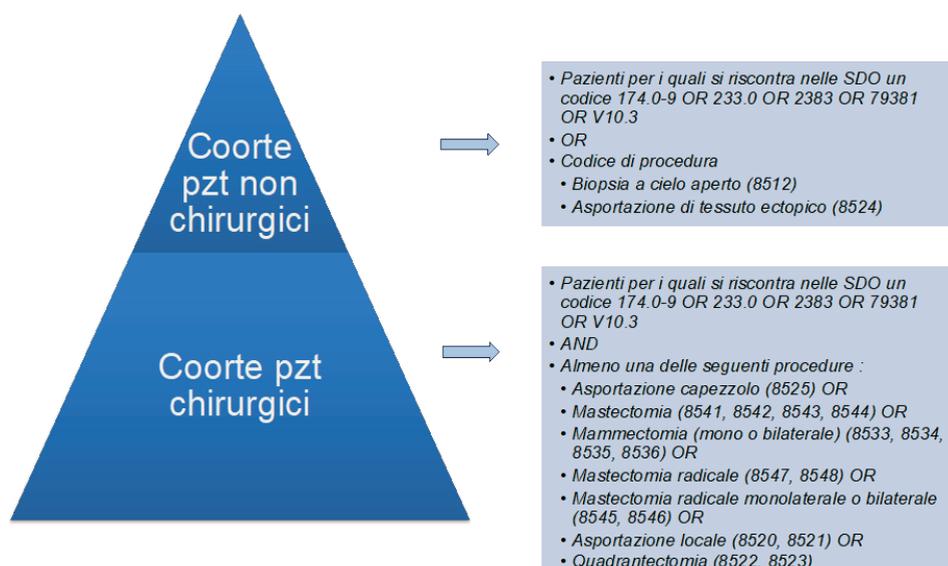
Fonte: Pacileo *et al.*, 2019

1.2.3.3 La stratificazione dei pazienti in base ai percorsi di presa in carico e alla tipologia di prestazioni

Di seguito, si illustra a titolo esemplificativo un progetto di ricerca, che identifica le popolazioni affette da specifiche condizioni di salute arrivando a segmentarle per fase del percorso di cura. Si tratta del progetto «Synthesis 2.0», promosso da SDA Bocconi, CIPOMO (Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri), AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), AIOM infermieri, SIFO (Società Italiana Farmacisti Ospedalieri), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) e FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere). Il progetto ha prodotto un algoritmo di identificazione della popolazione con tumore della mammella e del polmone identificata a partire dalle SDO, stratificata in due coorti

a seconda del tipo di percorso seguito dai pazienti: coorte pazienti chirurgici e coorte dei pazienti non chirurgici. Sia l'identificazione della popolazione sia la successiva stratificazione in due sottogruppi sono state effettuate sulla base dei codici di diagnosi e di procedura identificabili a partire dalle SDO. Di seguito si riporta il dettaglio dei codici di diagnosi e di procedura utilizzati per la stratificazione della popolazione con tumore della mammella. La stratificazione della popolazione in funzione del tipo di prestazione eseguita è stata assunta come *proxy* della stadiazione clinica, partendo da due ipotesi: in primo luogo, che nella coorte dei pazienti chirurgici sono inclusi i casi con uno stadio di tumore meno avanzato, mentre nella coorte dei pazienti non chirurgici sono inclusi coloro con uno stadio più grave e tumori metastatici per cui non è indicato l'intervento chirurgico ma altri trattamenti; in secondo luogo, che come conseguenza ai due gruppi corrispondono due percorsi di presa in carico differenziati.

Figura 1.4 Segmentazione della popolazione con tumore mammario in ragione del percorso di cura



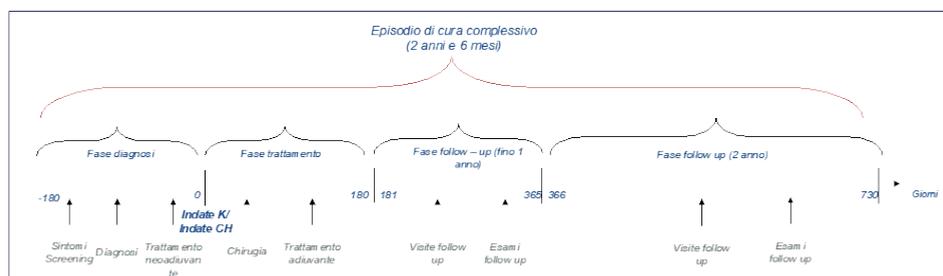
Fonte: Progetto Synthesis 2.0 condotto dagli autori del presente contributo

1.2.3.4 La stratificazione della popolazione per fase del PDTA vissute dai pazienti

Sempre nell'ambito del Progetto «Synthesis 2.0», è stato sviluppato anche un primo tentativo di stratificazione della popolazione con tumore della mammella e del polmone in funzione della fase del PDTA vissuta dai pazienti. Consi-

derando l'episodio di cura complessivo della durata in media di 2 anni e mezzo, i pazienti sono stati inclusi in una delle fasi del PDTA così stimate: la fase di diagnosi comprendeva i 180 giorni prima della diagnosi o data «indice» (intesa come il giorno in cui è stata formulata la diagnosi di tumore o il giorno dell'intervento chirurgico); la fase di trattamento comprendeva i 180 giorni successivi alla data indice; la fase di follow up, infine, comprendeva il periodo fino a due anni dalla data indice. La stratificazione della popolazione in funzione della fase del PDTA permette di osservare il mix medio di consumo per patologia nelle diverse fasi del percorso.

Figura 1.5 Segmentazione della popolazione con tumore mammario per fase del percorso



Sono state stimate così la:

–Fase di diagnosi

- 180 giorni prima dell'Indate TM

–Fase di trattamento

- 0-180 giorni da Indate TM

–Fase di follow up

- 181 giorni a 365 giorni (fino a 1 anno da Indate)
- 366 giorni – 730 giorni (2 anno di follow up)

Fonte: Adattato da EuroHope Project

Fonte: Progetto Synthesis 2.0 condotto dagli autori del presente contributo

1.2.4 Le esperienze di PHM in Italia

In Italia, con il Piano nazionale della cronicità (Ministero della Salute, 2016), il PHM è stato adottato come modello di riferimento per la gestione delle patologie croniche. Il PNC individua un processo a cinque fasi per la presa in carico dei pazienti cronici, del tutto allineati ai sei pilastri del PHM (Population health alliance, 2012): 1) stratificazione e *targeting* della popolazione; 2) creazione di percorsi, dalla promozione della salute, prevenzione alla diagnosi precoce; 3) presa in carico e gestione del paziente cronico; 4) erogazione di servizi e interventi personalizzati (Piano di Cure Personalizzato, PIC) per la gestione del paziente; 5) valutazione della qualità delle cure erogate. Trattandosi di un documento di indirizzo strategico per la presa in carico globale delle cronicità, il PNC ha trovato applicazioni eterogenee a livello regionale e la sperimentazione di modelli di PHM in Italia ha visto non solo lo sviluppo di modelli differenti di identificazione delle popolazioni affette da una o più condizioni di

salute, ma anche la formulazione di modelli specifici di offerta e di organizzazione di quella che è denominata «presa in carico», su scala regionale.

Questa situazione dipende in gran parte dallo sviluppo dei sistemi informativi, dalle competenze finalizzate all'utilizzo delle informazioni per il governo clinico nonché da scelte di *policy* di lungo corso nella gestione della cronicità (Morando e Tozzi, 2015). Come riporta il Manuale Pon.Gov (a cui si rimanda per i riferimenti alle esperienze specifiche) (Pon Gov Cronicità, 2022), i modelli di stratificazione sperimentati in Italia fin dal 2007 sono molteplici: il Progetto Assistenza Socio-Sanitaria in Italia a Firenze; il Chronic Care Model Asl di Arezzo; il Progetto MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) Asl di Ravenna; il Progetto ACG® (AdjustedClinicalGroups) della Regione Veneto; Il modello predittivo del rischio di ospedalizzazione Regione Emilia-Romagna; il Progetto DDCI (DrugDerivedComplexity Index) in Regione Puglia; il Progetto CREG (ChronicRelatedGroups) della Regione Lombardia; l'esperienza CRG (Clinical Risk Group) 3M in alcuni ospedali della Regione Lombardia, Usl 2 Regione Umbria e Asp Catanzaro; l'esperienza MCS (Multisource Comorbidity Score) in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia; il progetto di Predizione della fragilità con database sociosanitari Bologna; il Progetto RiskER per la stratificazione in Regione Emilia-Romagna; il Progetto PHM (Population Health Management) in Regione Molise; e il modello predittivo di fragilità e intelligenza artificiale della Regione Piemonte. Oltre a tali esperienze, a livello nazionale, si individua il ruolo complementare svolto sia dalle società scientifiche professionali (quali per esempio la SIMG – Società Italiana di Medicina Generale) sia dalle istituzioni nazionali. Agenas ha, per esempio, avviato da anni progetti e azioni di miglioramento nell'ambito del governo clinico e la riorganizzazione della rete dei servizi territoriali, puntando sia sull'analisi dei modelli organizzativi per la gestione delle cronicità implementati a livello regionale, sia sugli strumenti di governo clinico introdotti, e, infine, ha sviluppato un panel di progetti orientati alla misurazione e valutazione dei risultati dei servizi.

Vi è, quindi, un'ampia disponibilità di esperienze da cui attingere. Qui di seguito si sintetizzano i tratti distintivi di tre esperienze regionali selezionate in quanto esemplificative di scelte regionali su tutta la popolazione (Regione Veneto e Lombardia) o solo su una parte della popolazione (Regione Emilia-Romagna); con un approccio più di tipo descrittivo (Regione Lombardia) o predittivo (Regione Veneto e Emilia-Romagna).

1.2.4.1 Il Progetto ACG della Regione Veneto

L'esperienza della Regione Veneto evidenzia un percorso crescente di interventi collocabili nell'alveo del PHM. A partire dal 2012, con il progetto «Sistema ACG – Adjusted Clinical Group per la valutazione del case-mix territoriale», la Regione Veneto ha avviato un progetto pilota per l'adozione di strumenti

innovativi di misurazione, analisi, programmazione e *case management* per il governo clinico del territorio. Il primo anno di sperimentazione ha coinvolto due Aziende ULSS del Veneto (la ULSS 16 di Padova e la ULSS 20 di Verona), selezionate per complessità della casistica trattata e numerosità della popolazione di riferimento, tale sperimentazione è stata successivamente allargata a sei ULSS nel 2013 e dal 2014 il progetto ACG è esteso a tutto il territorio regionale. Il sistema ACG è stato sviluppato dall'Università Johns Hopkins di Baltimora e attraverso un algoritmo che si basa sulle informazioni presenti nei flussi istituzionali (regionali o ministeriali) e gestionali delle aziende consente la costruzione di *groupes* per misurare il *case-mix* di salute del territorio, stratificando l'intera popolazione e considerando tutte le malattie, e non solo gli episodi di cura, quindi intercettando anche le persone sane. Le categorie ACG e i RUB (*Resource utilization band* – uso delle risorse connesse a ciascun ACG) hanno una valenza prognostica rispetto all'impatto assistenziale della domanda potenziale dei pazienti cronici. Il modello, pertanto, consente di passare dall'analisi del carico di malattia a una stima del carico assistenziale atteso per ciascun target e di organizzare modelli di servizio specifici per intensità assistenziale al di là della gestione della singola patologia.

La scelta della Regione Veneto di adottare un sistema testato a livello internazionale nasce dalla convinzione che la sua diffusione in più di venti Paesi al mondo permettesse di evitare «errori di prima generazione» e consentisse di concentrarsi sull'adattamento dello strumento alle esigenze regionali e sul processo di *change management* nelle aziende. Nel tempo, da strumento di programmazione regionale ACG è stato incentivato a livello aziendale, per adattarlo operativamente al *case finding* e alla programmazione della presa in carico dei pazienti cronici e ad alta complessità. Il modello quindi sviluppato dalla Regione Veneto non contempla solo fini epidemiologici nella rilevazione delle informazioni, ma propone algoritmi predittivi che consentono di stimare il carico assistenziale atteso in ragione della progressione delle malattie e si pone come strumento di *disease e case management* per intercettare e potenzialmente ridurre, con interventi appropriati, il rischio di eventi avversi sia in termini di salute (ospedalizzazione, istituzionalizzazione, gap terapeutico, reazione avversa da poli farmacoterapia) sia di consumo di risorse.

Infine, rispetto al tema dell'allocazione delle risorse, il sistema ACG consente sia di stimare i costi per ogni *target* di popolazione sia di supportare i processi allocativi intra ed extra aziendali. È stato, infatti, utilizzato per aggiustare gli indicatori di consumo farmaceutico dei MMG, ma può essere utilizzato anche per ponderare i budget per il carico di malattia da affidare dalla committenza (ULSS, distretti, AFT) agli erogatori (ospedali, strutture accreditate, MMG).

Il progetto ACG è gestito dal Servizio Epidemiologico Regionale (SER) che ha sviluppato un gruppo di lavoro interno dedicato a questo progetto. Il

SER si occupa anche del PNE e del sistema di valutazione delle performance del MeS oltre che dei registri di patologia e mortalità.

1.2.4.2 Il Progetto della Regione Lombardia

La Regione Lombardia è un contesto interessante in termini di patrimonio informativo a disposizione della Regione, che è tra i più rilevanti al mondo, sia in termini di copertura di una popolazione di quasi 10 milioni di cittadini, sia perché ha una profondità di 20 anni per alcuni servizi e la possibilità di incrociare a livello individuale informazioni su numerosi flussi (assistenza farmaceutica, specialistica extra-ospedaliera, ospedaliera, di assistenza primaria e di salute pubblica solo per citare i principali e più consolidati database disponibili). Le prime iniziative per creare la Banca Dati Assistito (BDA) nell'ottica di un consapevole PHM risalgono al 2005. Da allora una molteplicità di progetti ha cercato di valorizzare la BDA supportando una varietà di funzioni svolte dal SSR per renderlo un potente strumento per il governo della domanda e dell'offerta di servizi (Fattore *et al.*, 2019). Tra questi merita di essere citata l'esperienza pilota dei CReG (Chronic Related Groups), avviata nel 2012-2013, che ha provato ad associare l'analisi della domanda e logiche di presa in carico per percorsi nella gestione della cronicità alla valorizzazione economica. Tre i pilastri fondamentali alla base della piattaforma organizzativa dei CReG: 1) i sistemi informativi, costituiti dalla Banca Dati Assistito (BDA) per l'identificazione dei pazienti cronici e dal Datawarehouse regionale per il monitoraggio del progetto; 2) la formulazione di un PAI (Piano Assistenziale Individuale), ovvero il percorso clinico per ciascun paziente e la definizione delle attività di presa in carico proattiva, garantita dal Centro Servizi, secondo modelli di medicina d'iniziativa e secondo percorsi di cura condivisi a livello territoriale; 3) un criterio di remunerazione basato sulle Tariffe CReG e sull'assegnazione di un budget «virtuale» alla Cooperativa di MMG (in aggiunta alla quota capitaria). Nella prospettiva del PHM, l'esperienza dei CReG evidenzia almeno due intuizioni significative: in primo luogo, il meccanismo di finanziamento del CReG ha stimolato l'aggregazione dei MMG e la formazione autonoma di cooperative in associazione a un ente gestore di servizio per il supporto alla presa in carico dei pazienti arruolati; in secondo luogo, il funzionamento del CReG restituisce un esempio di grande centralità della Regione sia nella definizione degli strumenti operativi e informativi sia nelle regole di funzionamento, accreditamento e valutazione, operando attraverso l'intermediazione dell'ATS per la negoziazione dei contratti (Morando e Tozzi, 2014). Con la DGR 6164/2017 la Regione ha esteso il modello prevedendo la stratificazione della popolazione cronica in tre fasce di patologie e combinazioni di patologie croniche, principalmente con informazioni su morbilità e fragilità tramite *marker* presi dal BDA. Sulla base della stratificazione i pazienti poi sono stati invitati dalle ATS (Agenzie di Tutela della Salute), tramite una

lettera, a contattare un possibile gestore (un soggetto con personalità giuridica e quindi un'azienda sanitaria pubblica o privata accreditata, una Azienda di Servizi alla Persona (ASP) oppure una cooperativa di MMG) per sottoscrivere il patto di cura che prevede l'impegno di entrambe le parti a seguire un percorso di gestione della/e patologia/e in base al Piano di Assistenza Individuale (PAI), redatto dal *clinical manager* che è un medico del gestore o un MMG.

In sintesi, il modello sottostante le attività di PHM in Regione Lombardia presenta alcuni elementi distintivi e riflette la sua articolazione istituzionale e organizzativa generale. In primo luogo, come in altri ambiti, si riscontra un modello internalizzato, in cui la Direzione Generale ha il pieno e diretto controllo delle attività tramite il suo Osservatorio Epidemiologico che è incardinato all'interno della Direzione Generale Welfare, mentre la gestione operativa dei sistemi informativi è affidata a una società esterna al perimetro della Regione ma da questa controllata al 100% (Aria).

Rispetto al modello di stratificazione utilizzato, come per la Regione Veneto, il modello sviluppato dalla Regione Lombardia stratifica tutta la popolazione regionale, ma a differenza del Veneto la scelta della Lombardia è stata quella di definire gli algoritmi a livello centrale e *in house*, riflettendo le caratteristiche peculiari delle informazioni disponibili nel sistema lombardo e senza un sistematico riferimento ad altre esperienze nazionali o internazionali. Infine, a oggi le esperienze regionali collocabili nel perimetro del PHM si caratterizzano per logiche di tipo descrittivo più che predittivo.

1.2.4.3 Il modello riskER della Regione Emilia-Romagna

Attraverso una collaborazione avviata nel 2008 con la Public Health School della Thomas Jefferson University, la Regione Emilia-Romagna si è dotata di un modello riskER per stratificare la popolazione assistita. Tale progetto è stato prima realizzato come pilota nell'AUSL di Parma¹ e poi esteso a livello regionale attraverso i Piani di Prevenzione, 2012-2015 e 2015-2018.

La funzione del modello riskER è di segmentare i pazienti in gruppi distinti di complessità simile ed esigenze di cura omogenee, sulla base della probabilità di ospedalizzazione evitabile o decesso nell'anno successivo. I flussi di

¹ L'Azienda AUSL di Parma ha avviato diversi progetti in collaborazione con la Jefferson University ispirati a logiche di PHM e finalizzati a migliorare l'organizzazione, il finanziamento e la qualità dei servizi. Tra questi si ricordano i progetti principali, alcuni dei quali, da pilota nella AUSL, sono stati poi estesi all'intera compagine regionale dopo la fase «laboratoriale» nell'azienda. Da Parma, infatti, sono state avviate le prime sperimentazioni dei profili di Nucleo e delle Case della Salute, ma le attività di implementazione di progetti mirati quali il profilo dei pazienti a rischio di ospedalizzazione e il miglioramento della qualità prescrittiva e dell'appropriatezza per il paziente anziano.

dati sono esclusivamente di tipo amministrativo, correntemente disponibili attraverso il sistema informativo regionale (anagrafe assistiti, rilevazioni dei decessi e flussi pertinenti l'utilizzo dei servizi sanitari – dimissioni ospedaliere, accesso ai servizi in assistenza domiciliare, accesso al PS e prescrizioni farmaceutiche). A differenza delle esperienze avviate in altre regioni italiane, il modello riskER presenta tre elementi distintivi: in primo luogo, il modello di previsione del rischio è stimato non sul totale della popolazione residente in Emilia-Romagna ma solo sulla popolazione dai 14 anni in su, assistiti e presi in carico dai MMG; in secondo luogo, si tratta di un modello predittivo del rischio di ospedalizzazione o decesso e non solo descrittivo; e, in terzo luogo, la finalità è la rilevazione sistematica dei soggetti rispetto ai quali sperimentare e avviare programmi di medicina di iniziativa nell'ambito delle attività svolte dalle Case della Salute (CdS).

L'adozione dei profili di rischio come il modello riskER si associa a un altro strumento adottato a livello regionale nei setting di cure primarie (Nuclei di cure primarie – NCP, Case della Salute – CdS, ambulatori infermieristici e distretto), ovvero i profili di cura. Si tratta di uno strumento operativo per la programmazione e l'organizzazione della presa in carico, sia per i professionisti sia per l'azienda, attraverso il monitoraggio e la valutazione dei comportamenti dei NCP e i risultati conseguiti. I profili di cura e di rischio consentono di organizzare percorsi di *caselldisease management* individuali e mirati, integrando i servizi di comunità, allo scopo di prevenire il ricorso alle cure ospedaliere.

1.3 Le opportunità di intervento: gli elementi di impatto sull'epidemiologia

In questa sezione vengono approfonditi tre temi che hanno ricevuto maggiore attenzione negli ultimi anni per via della crescente consapevolezza circa il ruolo giocato dagli stessi all'interno delle storie di salute degli individui: la prevenzione, l'aderenza e il gradiente socioeconomico. I tre temi presentano numerose interconnessioni che rendono complessa l'analisi dei meccanismi sottostanti. È possibile, però, approfondire l'evidenza prodotta finora su ciascuno di essi e il razionale emerso. Si tratta di tre categorie di opportunità di intervento per il SSN, ovvero di tre ambiti all'interno dei quali il SSN può agire per promuovere un cambiamento e raggiungere il miglioramento dello stato di salute individuale e collettivo. Nello specifico, riteniamo che la finestra di opportunità che si apre su queste tre leve di cambiamento sia duplice.

Da una parte, il sistema (sanitario e non solo) può agire sugli stessi per ridurre in partenza le differenze esistenti (in termini di comportamenti salutari adottati, livelli di aderenza, stato socioeconomico) e, così, mitigare le conseguenze derivanti da tali differenze. Esempi di interventi sono rappresentati dall'organizzazione di iniziative di promozione di comportamenti salutari, dalla formazione dei professionisti mirata a indirizzarli verso il sostegno

dell'aderenza degli assistiti, attraverso dei richiami sulla regolarità delle indicazioni terapeutiche fornite; dalla riduzione delle differenze nella qualità dei contesti urbani che impattano sugli stili di vita dei residenti in una stessa città.

D'altra parte, il SSN può arricchire la fotografia complessiva di ciascun assistito mediante l'inserimento di informazioni individuali su misure di prevenzione adottate, livelli di aderenza mantenuti e stato socioeconomico. In tal modo, queste informazioni diventano parte degli input considerati negli algoritmi di stratificazione, rendendo maggiormente efficace la sua presa in carico di fasce omogenee della popolazione.

In questa prospettiva, altre caratteristiche meritano di essere considerate in virtù del loro potenziale impatto sulla salute: il capitale sociale e, più in generale, il ruolo della comunità, oggetto di grande attenzione negli ultimi anni (a cui è riservato spazio anche in questo libro), su cui sono ancora in fase di sviluppo le ricerche che ne quantifichino l'impatto sulla salute (Di Monaco, 2020; Scavarda, 2021). Per ognuno di questi fattori, il SSN può come detto svolgere un ruolo di mitigatore delle differenze esistenti all'origine. Alcuni studi ci mostrano come il sistema sanitario possa anche fare di più: può, infatti, intervenire durante il percorso di presa in carico dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ed equo, offrendo alle fasce di popolazione più deboli dei percorsi di cura efficaci ed esiti di salute omogenei, colmando così le differenze di partenza (Bartolini, 2020; Gnani, 2020).

1.3.1 La prevenzione

Il dato presentato dall'OMS sui 17 milioni di persone con meno di 70 anni che ogni anno muoiono per malattie croniche riporta la specifica che numerosi di questi decessi non sono inevitabili (WHO, 2022a). Tra i fattori noti per aumentare o anticipare il rischio di incorrere in una patologia cronica, oltre a quelli non modificabili quali l'età o la predisposizione genetica, ve ne sono numerosi comportamentali e biologici che ricadono sotto l'etichetta di modificabili. È il caso di consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia, in Europa e in Italia (Ministero della Salute, 2022).

Tra i fattori che incidono sulla prevenzione delle malattie croniche merita poi un approfondimento anche l'adesione ai programmi di screening, il cui sottoutilizzo impedisce di sfruttarne le potenzialità in termini di fattore protettivo per la riduzione della mortalità e morbilità dovuta alle tre patologie oncologiche attualmente oggetto di screening (carcinoma della cervice uterina, mammario e del colon retto) (Ministero della Salute, 2022).

Sottolineata l'importanza delle azioni individuali nell'intraprendere e perpetuare abitudini salutari in linea con le misure di prevenzione, bisogna tut-

tavia ricordare che il comportamento della popolazione è fortemente influenzato da fattori sociali, culturali e ambientali, uniti a fattori economici e commerciali (legati al mondo dell'industria, del lavoro e del commercio, per esempio). Su questi elementi, le collaborazioni transettoriali intraprese dalle istituzioni sanitarie possono rappresentare delle opportunità di cambiamento con una ricaduta ampia per numerosità dei soggetti coinvolti e orizzonte temporale di impatto. È da questa spinta che nascono alcuni dei punti cardine del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 che, adottando un approccio strategico complessivo di promozione della salute, mira a rafforzare l'approccio intersettoriale, coinvolgendo oltre alle strutture del SSN anche la società civile e il settore privato (Ministero della Salute, 2022).

1.3.2 *L'aderenza*

La definizione ufficiale del termine aderenza risale al 2003 a firma dell'OMS: «l'aderenza è la misura in cui il comportamento di una persona – assumere farmaci, seguire una dieta e/o apportare modifiche allo stile di vita – corrisponde alle raccomandazioni concordate da un operatore sanitario» (WHO, 2003). Anche se è più spesso citato sia nella ricerca sia nella pratica clinica come aderenza terapeutica (ovvero la corretta dose e tempistica dei trattamenti farmaceutici), nell'ultimo decennio il concetto è stato esteso all'aderenza ai percorsi di cura, riferendosi per esempio alla frequenza e regolarità nel numero di visite specialistiche o esami diagnostici effettuati.

Sono diversi i lavori che hanno recentemente documentato il beneficio che alti livelli di aderenza possono portare in termini di stato di salute (Walsh, 2019). Alcuni studi preliminari documentano anche un legame tra aderenza e minori costi a carico del sistema sanitario (Cutler, 2017). Tuttavia, indipendentemente dalla sua importanza strategica, la letteratura scientifica esistente ha segnalato un fenomeno allarmante di bassa aderenza tra i pazienti cronici (Brown, 2011). Molti studi hanno cercato di svelare i singoli fattori che minano maggiormente l'aderenza, trovando prove dell'impatto negativo delle barriere linguistiche, della durata della malattia, dei programmi di dosaggio complessi e altri (Mathes, 2014; Gast, 2019). L'OMS ha creato un quadro teorico per tradurre la natura multiforme dell'aderenza in cinque componenti che raggruppano i principali fattori in gioco: si tratta di fattori 1) sociali ed economici, 2) legati al team/sistema sanitario, 3) dipendenti dalle caratteristiche della malattia o 4) dalle terapie della malattia, e in ultimo 5) fattori dovuti a caratteristiche personali del paziente (WHO, 2003).

In termini di malattie croniche, anche in Italia è stato documentato il miglioramento che più alti livelli di aderenza possono determinare in termini di salute. Uno studio sui pazienti diabetici ha riscontrato, oltre a minori costi sanitari, ritardi nell'insorgere di complicanze legate al diabete per i pazienti più aderenti alle linee guida (tra cui i controlli periodici per emoglobina glicata,

profilo lipidico ecc.) (Corrao, 2021) oltre a minori ricoveri per diagnosi relative a complicanze del diabete a breve termine, diabete non controllato, esiti vascolari a lungo termine e amputazione traumatica degli arti inferiori (Corrao, 2019). I benefici di salute derivanti da più alti livelli di aderenza sono stati riscontrati anche nei soggetti anziani affetti da diabete, in termini di riduzione del rischio di mortalità indipendentemente da stato di salute ed età, con l'eccezione dei pazienti con più di 85 anni in condizioni cliniche di fragilità (Rea, 2023).

1.3.3 Il gradiente socioeconomico

Il legame esistente tra condizione socioeconomica degli individui e stato di salute è stato oggetto di diversi studi negli ultimi decenni (Vineis, 2020) e anche a livello italiano sono state documentate le differenze esistenti nella mortalità a seconda del livello di istruzione (Petrelli, 2019). Queste differenze si riflettono anche sull'utilizzo dei servizi: il basso livello di istruzione, la mancanza di occupazione e le risorse economiche percepite negativamente sono condizioni associate a un maggiore rischio di ricovero, a una degenza ospedaliera più lunga e a un maggior ricorso a ricoveri d'urgenza (Petrelli, 2020). Un report dell'OMS pubblicato nel 2022 è stato interamente dedicato alla fotografia dei livelli di equità di salute in Italia (WHO, 2022b).

Il primo modo per adottare la prospettiva dell'equità nell'osservare il fenomeno della cronicità sta nel riscontrare che l'86% dei decessi per patologia cronica si verifica nei paesi a basso e medio reddito (WHO, 2022a).

Le differenze di stato di salute tra soggetti cronici associate allo stato socioeconomico sono riscontrabili non solo tra Paesi ma anche all'interno dello stesso territorio, e dunque anche nel contesto italiano. In Italia la percentuale di individui che dichiarano di avere almeno una patologia cronica è pari al 36% tra le persone con livello di istruzione pari a laurea o post-laurea, mentre al 51% per persone con livello di istruzione pari alla licenza di scuola elementare o nessun titolo di studio. Se si considerano le persone con almeno due patologie croniche, il divario è più accentuato: 15% tra le persone con livello di istruzione pari a laurea o post-laurea, mentre al 36% per persone con livello di istruzione pari alla licenza di scuola elementare o nessun titolo di studio (ISTAT, 2022a).

Queste differenze sono confermate da ricerche su specifiche patologie croniche, come per esempio il diabete. Uno studio condotto nella città di Torino ha mostrato come il diabete insorge con maggiore frequenza nelle aree cittadine maggiormente deprivate, dove sono più alte sia prevalenza sia incidenza (Gnavi, 2020). Simili risultati sono emersi anche da ricerche sulle patologie cardiovascolari (Petrelli, 2022). La diversa distribuzione delle patologie sulla base delle caratteristiche socioeconomiche si riflette anche nel consumo di farmaci, che è superiore nelle aree più deprivate (AIFA, 2021; Di Filippo, 2022).

1.4 Conclusioni: interventi sulla comunità attraverso la distinzione delle attese delle popolazioni

Il presente paragrafo sintetizza i contributi esposti intorno ad alcuni messaggi chiave:

1. Il passaggio da una prospettiva di popolazione a quella delle popolazioni è una condizione di fondo per programmare e organizzare servizi in ragione dei bisogni della popolazione target.

Il contributo ha illustrato un portafoglio ampio di esperienze in cui i sistemi (da quelli nazionali o regionali a quelli aziendali) hanno avviato interventi di enucleazione di fabbisogni specifici di alcune popolazioni target in un quadro indistinto di domanda di servizi. I sistemi di offerta sono ancora largamente abituati a leggere il contributo alla salute delle popolazioni di riferimento in termini di servizi erogati per setting o luogo di erogazione: alla domanda «quanti sono i pazienti con diabete o con patologia neoplastica del polmone» raramente si ottiene una risposta precisa sia quando essa viene rivolta alle aziende sia quando viene rivolta alle direzioni delle unità operative. Si usa largamente la «produzione» per setting per leggere il contributo dei sistemi piuttosto che i servizi (casomai distinti per setting) erogati per specifiche fasce di utenti. Si tratta di una rivoluzione nel modo di rappresentare il contributo dei sistemi poiché interpretare la relazione tra target di popolazione (casomai patologia specifica) e mix medio di servizi erogato (numero medio di accessi in PS, piuttosto che tipologia di farmaci prescritti e consumati) richiede un'integrazione, in primo luogo, dei flussi informativi relativi alla erogazione di servizi per popolazioni distinte. I dati epidemiologici sono utili ad avere una panoramica delle persone interessate dalla cronicità, mentre quelli sui servizi utilizzati (ancora poco approfonditi) sono fondamentali per iniziare a ragionare sul dimensionamento e l'organizzazione delle risorse del SSN a servizio della cronicità. Il presente contributo ha dimostrato come le soluzioni adottate in alcuni contesti permettono di segmentare la domanda di salute attraverso la stratificazione della popolazione.

2. La cultura dell'«evidenza» per la valutazione dei sistemi

Il dibattito sulla valutazione delle performance dei sistemi è cruciale in questa fase storica attraversata da una serie di trasformazioni sociali, economiche e demografiche che rendono il tema particolarmente sfidante e complesso. Quello che si osserva è che il tema sta avendo una virata a partire dagli anni in cui i Paesi ad alto reddito hanno vissuto un indebolimento economico: infatti, a partire dal primo decennio del XXI secolo, oltre ad approcci comparativi tra le

performance complessive dei sistemi (principalmente tra quelli pubblici e privati), il dibattito si sta arricchendo della valutazione dei sistemi relativamente alla loro capacità di rispondere a fabbisogni specifici della popolazione target, letti in ragione della loro condizione di salute. In questa prospettiva, la cultura dell'evidenza (generata con metodi e approcci differenti a seconda dell'unità di analisi) risulta un patrimonio non solo dell'operato dei professionisti, ma anche dei manager e delle istituzioni. È oramai acclarato che i sistemi privati non siano univocamente più efficienti, responsabili o efficaci rispetto al settore pubblico; tuttavia, il settore pubblico sembra spesso mancare di tempestività e ospitalità nei confronti dei pazienti (Basu *et al.*, 2012; Kruse *et al.*, 2018; Tynkkynen *et al.*, 2018). Sempre in ottica comparativa, non mancano contributi che sottolineano la ricorrenza di specifiche politiche e/o interventi manageriali che caratterizzano sistemi sanitari differenti di Paesi confrontabili sul piano economico: in questa direzione, per esempio, è stata evidenziata la crucialità degli interventi sulle cure primarie, di quelli che incentivano i processi di miglioramento della qualità dei servizi e che investono sulla tecnologia delle informazioni (Gauld *et al.*, 2014). Proprio a partire da uno dei framework più consolidati nella valutazione dei sistemi sanitari (Murray *et al.*, 2000) e usato dall'OMS, il tema della risposta alle aspettative della popolazione di riferimento è interpretato anche come esiti di salute conseguiti su alcune specifiche aree di bisogno, tra cui quelle croniche sono le più citate (anche negli studi che da questo framework discendono). In questa direzione, a livello nazionale si osservano molteplici contributi che proprio in questa direzione misurano le performance dei sistemi anche regionali (Nutti *et al.*, 2012; Nutti *et al.*, 2013). Usare la cultura delle evidenze elaborate in campo medico è una delle tracce di lavoro più interessanti relativamente al soddisfacimento delle attese dei portatori di interesse quali i cittadini in un sistema a vocazione universalistica come è il SSN. Il PNE si muove in questa direzione partendo da flussi informativi derivanti dai ricoveri e sempre nel medesimo solco si colloca il set degli indicatori «no core» previsti a partire dal 2017 dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

3. Competenze ibride per lo sviluppo di modelli di PHM

Come anticipato in apertura del contributo, la stratificazione della popolazione permette di passare dai dati epidemiologici alla stima della domanda di servizi in risposta a questioni legate alla salute, ma anche a elementi più globali della persona. In questa prospettiva, il PHM è l'approccio completo attraverso cui questo utilizzo della stratificazione prende forma in presenza di una serie di condizioni: a) un sistema informativo capace di leggere il numero più ampio di scambi tra sistema e cittadino; b) disponibilità di tecnostutture amministrative e informative di alto livello, in grado di integrare in modo sinergico attività cliniche e amministrative, nonché flussi informativi provenienti da servizi o

fonti diverse; c) uso delle fonti informative sia per identificare le popolazioni sia per leggere i modelli di consumo di servizi; d) competenze e strumenti stabilmente dedicati all'analisi periodica. Insieme allo sviluppo di modelli di PHM si osserva la nascita di competenze multiprofessionali ibride. Come testimoniano le tre esperienze regionali proposte nel capitolo, la messa a punto di un sistema specifico di PHM richiede non solo competenze epidemiologiche e statistiche, ma anche una robusta conoscenza delle logiche di funzionamento dei servizi nei territori e dei processi di *policy making* a supporto. Si tratta non solo di operazioni tecniche, ma di processi di ibridazione di conoscenze e di approcci disciplinari quasi del tutto nuovi.

4. I database amministrativi quali fonte centrale (ma non esaustiva) della ricostruzione delle popolazioni target degli interventi per la cronicità

In questa sede, si è adottata un'accezione di «database amministrativi» di tipo ampio: a essi fanno riferimento tutti i flussi che vengono generati da un qualsiasi scambio tra il sistema delle cure e i cittadini. In questa prospettiva, i principali flussi citati sono largamente quelli attivati dal cittadino nel momento in cui entra nel sistema di erogazione – si pensi al flusso delle esenzioni per patologia o a quello dei ricoveri o dei farmaci. All'interno dei flussi amministrativi in senso stretto, vi sono quelli che riguardano i processi amministrativi dell'azienda sanitaria – per esempio, il flusso informativo legato al magazzino, così come quello degli acquisti o del personale. Stante il quadro della situazione descritta, già una integrazione tra quei flussi amministrativi generati dallo scambio sistema-cittadino consentirebbe di cogliere sia il dimensionamento dei soggetti che alimentano una domanda omogenea di servizi sia di conoscere il modello di cura mediamente erogato. Si tratta di un'opzione attualmente praticabile sul piano tecnico, che spesso non viene adottata con frequenza regolare per via di un approccio al management della cronicità che non si interroga sulla domanda per la patologia specifica ma che si limita all'osservazione dell'offerta. A fronte di questo auspicio, non si può non ambire a un'integrazione piena delle informazioni sul singolo utente. Anche gli esempi illustrati non esprimono ancora pienamente un'accezione matura di PHM: a) la previsione di una funzione valutativa, indipendente e con risorse adeguate, potrebbe permettere di creare conoscenze scientifiche, utili per comprendere cosa non funziona delle politiche e come migliorarle. Purtroppo, nei casi analizzati non si trovano ancora espressioni compiute in questa direzione; b) le informazioni di carattere sociosanitario e sociale sono ancora debolmente presenti o assenti. Il fatto di concentrare sulla sola dimensione sanitaria le rilevazioni sulle popolazioni appare ancora limitante, soprattutto se si considera lo scenario di mancata equità nell'accesso alle cure, di spopolamento di alcuni territori e di deprivazione di alcune aree. Integrare questi flussi partendo dalle

rilevazioni ISTAT e possibilmente dai sistemi di raccolta dalle interfacce più prossime al paziente consente di sviluppare ulteriormente la tensione predittiva che già le esperienze illustrate provano a intraprendere.

5. Dalla standardizzazione dei modelli di offerta a un orientamento verso i fini dei sistemi: gli interventi sulla salute delle popolazioni

Buona parte del PNRR e del DM 77/2022 focalizzano gli interventi sulla filiera dei servizi territoriali e sulle patologie croniche. Il rischio che si intravede è che il quadro degli interventi punti all'esclusiva standardizzazione dell'offerta in rapporto alla popolazione nei territori e non al contributo di professionisti e unità di offerta rispetto al miglioramento dello stato di salute. In questa prospettiva, si cita la determinazione della Regione Lazio del 28.02 n. G02706 (Regione Lazio, 2023), che proprio in una prospettiva di PHM apre lo spazio per orientare l'uso degli interventi di riorganizzazione dell'assistenza verso obiettivi attesi in termine di salute delle popolazioni lette su scala territoriale (fino a toccare le specificità dei distretti sociosanitari). Gran parte delle competenze necessarie allo sviluppo di questi approcci si rintracciano negli osservatori epidemiologici regionali che, se coinvolti nei processi di riprogettazione dell'offerta dei servizi, possono contribuire a bilanciare la tensione attuativa del PNRR con quella di orientamento verso obiettivi di miglioramento dei gap esistenti nei territori. La riduzione delle diseguaglianze tra territori, in primo luogo all'interno della medesima regione, rappresenta una metrica valutativa sull'impatto degli investimenti in corso che richiede competenze e strumenti di PHM da attivare in questa fase, al momento della progettazione, per poter considerare gli effetti negli anni a venire.

6. La multiprofessionalità all'interno della filiera dei servizi territoriali alimentata dalla conoscenza della salute delle popolazioni

La frammentazione dell'offerta dei servizi ha tradizionalmente alimentato grandi fabbisogni di integrazione tra professionisti, strutture di offerta e setting di erogazione nella gestione delle malattie croniche. Gli interventi del PNRR e del DM 77/2022 propongono una serie di risposte potenziali a tali fabbisogni nella misura in cui: a) le Case della Comunità sono chiamate ad articolarsi in rete tra di loro e con il resto della filiera; b) le Centrali operative territoriali (COT) sono team che integrano i servizi su specifici target di popolazione; c) gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFoC) sono professionisti che nei territori di riferimento assistenziali integrano sul caso soluzioni specifiche in ragione dello stato dell'assistito, attraverso attività di prevenzione e promozione della salute fino all'erogazione di servizi. Quindi, il portafoglio delle soluzioni di integrazione è composto da strutture di offerta, team e pro-

fessionisti, un insieme di risposte chiamate a integrare gli interventi per popolazioni territorialmente definite (in generale, per distretto sociosanitario ipotizzato di 100.000 abitanti). Quindi, la condivisione di una lettura unitaria dello stato di salute di tali popolazioni non è solo un requisito informativo di base, ma anche un presupposto per articolare i fini degli interventi. La prospettiva del PHM sostiene lo sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro multidisciplinari tra persone con profili professionali differenti. Così come le basi disciplinari hanno sempre orientato le equipe monoprofessionali che popolavano le unità operative, si sta aprendo la stagione in cui la storia del singolo malato viene messa a confronto con la coorte complessiva di casi trattati a essa sovrapponibile e le strategie diagnostiche e terapeutiche non sono decise dal singolo medico ma da team eterogenei per formazione professionale. L'attività multidisciplinare e multiprofessionale, pertanto, si sta proponendo come il modello ordinario di gestione con equipe dalla composizione variabile in ragione delle competenze necessarie a trattare bisogni di specifiche sotto-coorti di popolazione. Questa tendenza che i sistemi stanno avvertendo, e in parte assecondando, consente che la traslazione delle conoscenze astratte sulla patologia alla gestione del singolo caso non sia più una operazione individuale e autoreferenziale del singolo professionista, ma aumenti i margini di sicurezza e qualità attraverso il confronto interprofessionale e interdisciplinare.

Si conclude il capitolo condividendo una riflessione in merito alle indicazioni offerte dal Garante per la Protezione dei Dati Personali che ha evidenziato come è nella fase di impostazione dei modelli che veicolano informazioni derivanti dai flussi sanitari che il tema della protezione deve essere nativamente disegnato. In questa prospettiva, non si può che auspicare che, essendo nascente lo stato dei modelli di PHM, ci siano opportunità e competenze per promuovere forme di segmentazione della popolazione target nel pieno rispetto della normativa di riferimento.

2. Logiche e finalità di progettazione organizzativa e dei servizi

di *Francesco Longo e Francesca Guerra*

Il presente contributo approfondisce le logiche e le finalità di progettazione organizzativa e di servizio per la cronicità e per la non autosufficienza. Per perseguire tale obiettivo vengono definite le proposizioni di valore ricercate da pazienti, professionisti e SSN per comprendere quali obiettivi dovrebbero essere raggiunti. La discussione delle proposizioni di valore per cronici e fragili permette, nella seconda parte del contributo, di mettere a fuoco i principi di riprogettazione dei servizi e di riorganizzazione della filiera professionale relativi a tali pazienti.

This contribution delves into the logic and purpose of organizational and service design for chronicity and non-self-sufficiency. In pursuit of this goal, the value propositions sought by patients, professionals, and the National Health System are defined to understand which goals should be achieved in the management of chronicity and non-self-sufficiency. The value proposition for the chronic and frail focuses on the principles of service redesign and professional chain reorganization related to these patients.



La caccia al tesoro dei servizi nel SSN

2.1 Introduzione

Il presente capitolo ha l'obiettivo di discutere le caratteristiche distintive delle condizioni di cronicità e fragilità, ponendo l'accento sul disegno dei servizi e sulle logiche organizzative e gestionali, per definire le finalità dei processi di innovazione dei percorsi dei pazienti e delle relazioni interprofessionali, presentando dunque nuove proposizioni di valore dei servizi.

L'illustrazione dei contenuti segue due blocchi logici. Il primo blocco propone un inquadramento concettuale del contesto sanitario attuale, esplicitando prima le caratteristiche (paragrafo 2.2) e poi le proposizioni di valore (paragrafo 2.3) per la cronicità e per la non autosufficienza attraverso tre lenti: quella dei pazienti, quella dei professionisti e quella del SSN, come mostrato nella Tabella 2.1. Il secondo blocco discute possibili principi per riprogettare i servizi (paragrafo 2.4) e per reingegnerizzare le relazioni interprofessionali (paragrafo 2.5) che conducano a una visione *to be* del servizio sanitario.

Tabella 2.1 Inquadramento del contesto sanitario attuale

	PAZIENTI	PROFESSIONISTI	SSN
CRONICITÀ	Le caratteristiche distintive Le proposizioni di valore		
NON AUTOSUFFICIENZA			

2.2 Cronicità e non autosufficienza: caratteristiche distintive

Per passare in rassegna le caratteristiche della cronicità dal punto di vista di pazienti, professionisti e SSN, è utile operare qualche confronto tra il mondo della cronicità e il mondo delle acuzie. In termini di sintomatologia, le malattie acute presentano, nella maggior parte dei casi, manifestazioni patologiche evidenti, che richiedono un intervento immediato, spesso di breve durata e risolutivo. In tale ambito, il paziente riconosce la possibilità di recuperare gradualmente lo stato di salute antecedente all'episodio intercorso seguendo le prescrizioni raccomandate. Lo stesso discorso non si applica alla sfera delle patologie croniche, le quali danno spesso pochi segnali di allarme e si possono manifestare anche a distanza di tempo dall'esordio della malattia. Le patologie croniche sorgono, in media, prima dei 55 anni di età e comportano uno shock psicologico ed esistenziale legato alla presa di consapevolezza di una nuova condizione irreversibile,

sorta nel 50% dei casi¹ in una fase della vita in cui non si accetta la perdita dell'integrità del proprio corpo. Nella migliore delle ipotesi, il paziente riconosce di avere solamente la possibilità di rallentare il fisiologico decorso della patologia che, a un certo punto, avrà necessariamente esito negativo. Il paziente cronico è tenuto ad adattarsi ai trattamenti prescritti e a seguire le indicazioni sugli stili di vita indicati, potenzialmente molto diversi da quelli a cui era abituato e particolarmente determinanti dello stato di salute complessivo. D'altro canto, il professionista è consapevole che l'assunzione della terapia e il perseguimento dei corretti stili di vita non avvengono sotto il suo sguardo e che una sbagliata condotta da parte del paziente può compromettere in modo significativo lo sforzo di programmazione clinica. Inoltre, in caso di paziente pluripatologico, al professionista è richiesto un notevole impegno di coordinamento e sintesi clinica con gli altri professionisti della filiera assistenziale.

In questo contesto, il SSN rimane organizzato secondo un modello impostato sul paradigma delle acuzie, di norma per rigidi silos disciplinari e in grado di coprire solo una parte dei bisogni dei cittadini. Circa il 40% delle visite ambulatoriali è infatti pagato *out-of-pocket* dai cittadini (Del Vecchio *et al.*, 2022) in un mercato estremamente frammentato, all'interno del quale il paziente deve sapersi destreggiare per procurarsi le prestazioni. Queste caratteristiche del SSN hanno delle ripercussioni rilevanti sui pazienti cronici. I monopatologici, da un lato, vengono reclutati in modo tardivo, spesso pregiudicando il loro stato di salute (*late recruitment*); i pluripatologici, dall'altro, soffrono la mancanza di una sintesi clinica, ovvero di un riferimento in grado di offrire una visione d'insieme sul loro quadro di salute, fornendo risposte unitarie e integrate.

Il fenomeno della non autosufficienza riguarda le persone di età superiore ai 65 anni con elevati bisogni assistenziali causati dalla «incapacità di compiere in autonomia e senza bisogno di assistenza le attività di vita quotidiana» (Cinelli e Longo, 2021). Le necessità di questi pazienti afferiscono sia alla sfera sanitaria che a quella sociale, con un'attenzione alla seconda dimensione che cresce all'aumentare della complessità assistenziale richiesta dal soggetto. I pazienti non autosufficienti si trovano obbligati a fare affidamento su un *caregiver*, rappresentato da mogli o figlie in 7 casi su 10 (indagine Censis 2021). Questo impone di ragionare non più solo sul paziente ma sul nucleo familiare a suo supporto, considerando però che il numero medio di membri in ciascuna famiglia, e fra questi quindi i potenziali *caregiver*, è destinato a ridursi (ISTAT, 2021). In un paese popolato da un numero crescente di famiglie unipersonali (10,2 milioni nel 2041 sempre secondo ISTAT) le conseguenze sul SSN sono chiare: elevati accessi al PS ed elevati volumi di ricoveri nei reparti di medicina per generiche condizioni

¹ ISTAT riporta che nel 2021 il 51% della popolazione (poco più di una persona su due) nella fascia di età 55-59 anni è affetto da almeno una patologia cronica.

di non autosufficienza senza un bisogno clinico specifico. Se è chiaro che le famiglie ricorrono infatti all'ospedale quando non trovano risposte ai bisogni del parente non autosufficiente che stanno accudendo, tuttavia i ricoveri sono spesso caratterizzati da scarso valore aggiunto clinico (il paziente vedrà al massimo un aggiustamento del suo piano terapeutico), trattandosi di bisogni prevalentemente sociali o socioassistenziali. La risposta sanitaria, in sintesi, non è in grado di rispondere ai bisogni reali emergenti. Il paziente LTC, ricoverato impropriamente per circa dieci giorni in un reparto medico, torna spesso a casa più disorientato, più malnutrito, magari con una piaga in più e, se è stato sfortunato, con una infezione ospedaliera. Gli stessi *caregiver* familiari non hanno goduto di alcuna «vacanza assistenziale», ma sono stati strappati dalla loro routine, dovendo frequentemente accedere in ospedale, almeno in concomitanza dei pasti principali, aumentando di fatto il carico assistenziale ed emotivo percepito.

Questo tema comporta delle ripercussioni negative anche sulle identità e motivazioni dei professionisti sanitari, i quali vengono spesso coinvolti su target di utenti che non afferiscono alle loro competenze specialistiche. L'ospedale, i MMG, la riabilitazione, l'ADI vengono attivati per esigenze socioassistenziali, non essendoci nel Paese una filiera di servizi di welfare dedicati. Per onestà intellettuale, conviene da subito chiarire che non esiste a tal proposito una risposta di *policy* rapida e consolatoria, perché a fronte di quattro milioni di non autosufficienti, il Paese non ha risorse pubbliche disponibili per una filiera di servizi gratuiti.

2.3 Le proposizioni di valore

Dopo aver dettagliato le caratteristiche distintive della cronicità e della non autosufficienza da un punto di vista di *service management*, in questa sezione si definiscono alcune possibili proposizioni di valore per pazienti, professionisti e SSN. Il paziente cronico, nella pluralità di prescrizioni, esami e controlli a cui si deve sottoporre, necessita in primo luogo di chiarezza rispetto al suo quadro clinico e visibilità di tutte le prestazioni che dovrà effettuare in un orizzonte di medio periodo (es. 6-12 mesi). Tale sintesi, operata da un unico clinico di riferimento, costituisce una bussola per orientarsi in uno scenario complesso dal punto di vista diagnostico (comprensione della propria patologia e stadio), prognostico (decorso nel tempo della patologia), terapeutico (sommatoria di visite, esami, farmaci, stili di vita), e di reperibilità delle prestazioni (SSN, pagamento, di prossimità, lontane, fisiche o digitali).

Guardando la prospettiva dei professionisti, il valore riguarda lo svolgimento di mansioni coerenti al proprio profilo di competenze e ruolo sociale riconosciuto. I professionisti si ritrovano schiacciati dagli alti volumi – peraltro in aumento – di pazienti cronici da seguire. Comprensibilmente, a fronte di tali volumi crescenti, essi dovrebbero essere messi nelle condizioni di effettuare solo

attività ad alto valore aggiunto di tipo clinico, senza doversi occupare di mansioni burocratiche e autorizzative, delegabili al personale amministrativo, o di funzioni che potrebbero essere digitalizzate, soprattutto per alcuni target di pazienti o di *caregiver*. Essere coinvolti in un portafoglio di attività esclusivamente cliniche è infatti fonte di motivazione per il clinico e di efficienza/efficacia per il sistema.

Il SSN dovrebbe darsi tre priorità per creare valore in tema di cronicità:

- a. ridurre la variabilità delle cure per profili di pazienti omogenei standardizzando processi e incentivando la convergenza di pratiche cliniche *evidence-based*;
- b. lavorare sull'aderenza del paziente alla terapia prescritta dal suo *clinical manager*, sostenendo la *compliance* attraverso strumenti digitali e in grado di creare un contatto diretto con il cittadino;
- c. evitare il fenomeno delle *sliding doors*, causate da una risposta parziale fornita ai bisogni complessi dell'utente, il quale si trova nelle condizioni di dover accedere nuovamente e dopo poco tempo ai servizi.

Per quanto riguarda il fenomeno della non autosufficienza, la proposizione di valore per il paziente consiste nell'integrazione, che deve avvenire in due direzioni: da un lato, attraverso il raccordo fra i bisogni sanitari e sociali, complementari e difficilmente scorporabili in vista del raggiungimento di soddisfacenti esiti di qualità di vita e salute; dall'altro, attraverso la ricomposizione del mondo pubblico e privato a pagamento diretto o intermediato da fondi e assicurazioni. In particolare, laddove il SSN non può intervenire per mancanza di fondi o di servizi, è opportuno riconoscere e ufficializzare i propri limiti di intervento e assumere un posizionamento che faccia da promotore alla nascita di un mercato di servizi professionali alla persona e da consulente/garante del servizio nel mercato a pagamento. In maniera cruciale rispetto al tema della non autosufficienza, il SSN dovrebbe interrogarsi a fondo sulla sua titolarità nella tutela dei diritti dei pazienti con bisogni più sociali che sanitari e degli impegni finanziari che da questa derivano, in un contesto in cui vengono già spesi *out of pocket* dalle famiglie 9,6 miliardi a fronte di trasferimenti da parte dell'INPS di ulteriori 9,1 miliardi (sotto la veste di assegni di accompagnamento) che alimentano il mercato privato informale oggi attivo in Italia con oltre 1,1 milioni di badanti (Cinelli e Longo, 2021).

2.4 I principi di riprogettazione dei servizi

Per immaginare la riprogettazione dei servizi, si propone di ragionare su cinque principi che devono caratterizzare le funzionalità dei servizi per cronici e fragili: (2.4.1) prossimità relazionale e multicanale; (2.4.2) clusterizzazione dei pazienti

e dei servizi; (2.4.3) target di pazienti, caregiver, comunità; (2.4.4) *conciergerie*; (2.4.5) ricomposizione dei mercati.

2.4.1 *Prossimità relazionale e multicanale*

Il concetto di prossimità può essere inteso come vicinanza fisica a un luogo di erogazione rispetto al proprio domicilio, luogo di lavoro o spazi frequentati abitualmente. In termini più contemporanei e coerenti alle nuove modalità multicanale di accesso ai servizi, la prossimità può essere meglio definita come garanzia di accesso a un servizio in modo facile e immediato. Da ciò deriva una crescente concessione di fiducia da parte dell'utente nei confronti del servizio o di un suo *case/care manager*, alimentato da una stabile e proattiva presa in carico da parte del servizio stesso. La prossimità costituisce, in questa diversa accezione, la possibilità di far sentire l'utente/paziente rassicurato da un servizio facilmente accessibile, reattivo e stabile nel tempo, in maniera analoga alle maggiori piattaforme di servizio che permeano la nostra attualità (*food delivery*, Netflix, Amazon, Blablacar, Tripadvisor ecc.). Le molteplici possibilità di accesso multicanale (fisico, telefonico, app, web), imperniate intorno alla dimensione digitale, consentono di elaborare un nuovo concetto di prossimità, intesa non tanto come capillarità soltanto erogativa e prestazionale, quanto come relazione con un sistema o un operatore che conosce il paziente e che lo può monitorare e supportare attraverso interazioni sia fisiche sia virtuali. In altri termini, i cittadini non chiedono di poter accedere a servizi frammentati e prestazionali vicino casa ma, al contrario, sperano di avere una relazione stabile con un *case manager* che spieghi loro diagnosi e terapie, che prenoti le prestazioni, che li monitori e supporti nell'aderenza alla terapia e che sia in grado di operare su tutti i canali distributivi oggi disponibili. Del resto, operando un parallelismo con la nostra quotidianità di consumatori, siamo oramai abituati a ordinare la pizza più buona della città a domicilio piuttosto che recarci alla pizzeria vicina, soprattutto quando piove, fa freddo, è tardi, non abbiamo voglia di uscire o non vogliamo interrompere un'attività.

Peraltro, in tema di accesso ai servizi, il DM 77 e il PNRR pongono grande enfasi sul tema della prossimità. Si propone, pertanto, di ragionare su questo concetto in modo ampio e in grado di comprendere più significati possibili, disegnando canali di accesso ai servizi diversi a seconda del target che si vuole intercettare (pazienti cronici, fragili, occasionali acuti oppure cittadini da coinvolgere in attività di sanità d'iniziativa). Una prima classificazione possibile distingue canali fisici, telefonici oppure *web-based*, che corrispondono rispettivamente al PUA previsto per la CdC, al 116.117 che dovrebbe costituire il canale di accesso telefonico ordinario al SSN e al FSE che dovrebbe rappresentare l'interfaccia dell'interazione digitale tra cittadino con il SSN. Ciò che garantisce, però, il senso di prossimità non è la facile e immediata accessibilità del canale

distributivo o di comunicazione e neanche la vicinanza fisica del luogo di erogazione. Piuttosto, la prossimità è garantita dalla possibilità di:

- disporre di un servizio reattivo in termini di risposte ai bisogni e non solo di raccolta dei medesimi;
- percepire un servizio che immediatamente riconosce l'utente e ne detiene le informazioni in modo organizzato e utile per l'interlocuzione e la costruzione del servizio di risposta;
- interloquire preferibilmente con professionisti stabili e identificabili, quali *clinical manager* per l'impostazione di diagnosi e terapia o *care manager* per il coordinamento dell'assistenza;
- attraversare un percorso ricco di valore e snello in termini di adempimenti burocratico-amministrativi e/o autorizzativi.

In sintesi, il senso di prossimità non è garantito dalla vicinanza fisica, ma dai contenuti distintivi di servizio e di relazione stabile nel tempo, che oggi possono essere resi più fluidi e di maggiore valore con logiche multicanale.

2.4.2 Clusterizzazione dei pazienti

Come esplicitato nel Capitolo 1, l'obiettivo della stratificazione è quello di segmentare la popolazione in sottopopolazioni con caratteristiche simili, identificando metriche opportune a far emergere i target definiti come prioritari. La segmentazione costituisce la base conoscitiva per fornire risposte adeguate in termini di programmazione dei servizi e definizione delle priorità allocative a livello regionale, aziendale e distrettuale. A ogni strato coincidono infatti determinate scelte di ripartizione del personale e di assegnazione di risorse tecnico-organizzative a cui corrisponde la pianificazione delle attività da svolgere in tutte le fasi assistenziali (presa in carico, *transitional care*, servizi di telemedicina).

In un contesto di limitatezza di risorse, il tema centrale è quello di riuscire a definire quali siano i target prioritari e conseguentemente costruire delle metriche che permettano di farli emergere. I target potrebbero essere definiti in base a cinque principi: tipologia di patologia, gravità/complessità della malattia, aderenza alla terapia prescritta, *literacy* sanitaria e livello di scolarizzazione, condizioni socioeconomiche. Ragionare su metriche meno convenzionali, come le ultime tre, può permettere di programmare strategie di aggancio, sensibilizzazione, presa in carico dei cittadini culturalmente e socialmente più deboli, spesso meno aderenti alle terapie e ai corretti stili di vita, potendo accrescere valore aggiunto collettivo ed equità.

Per ciascun *cluster* identificato devono essere selezionati linguaggi, messaggi e canali comunicativi efficaci per le finalità di presa in carico della cronicità

e fragilità. Un gruppo di anziani soli, poco scolarizzati, residenti in un'area interna necessita di messaggi, codici linguistici e strumenti comunicativi diversi da coetanei socialmente inclusi e ad alta scolarità in contesti cittadini. Questo processo di differenziazione per target di messaggi/linguaggi/canali è innovativo e sfidante per il SSN. Esso è costoso e richiede la ricerca di un punto di equilibrio, tra costo della differenziazione e valore del gradiente di incremento di efficacia relativa per singolo *cluster*.

2.4.3 I target: pazienti, caregiver, comunità

Ogni servizio deve essere progettato con un focus sul target reale, che costituisce il driver per l'ingaggio del paziente. Il paziente può rivolgersi autonomamente al servizio e accedervi costantemente in autonomia, come singolo o accompagnato, ma con una funzione puramente strumentale e accessoria dell'accompagnatore. Soprattutto negli ambiti della fragilità e della cronicità (anziani, disabili, minori, salute mentale, dipendenze) il reale *driver* per il reclutamento del paziente, per la sua aderenza alle cure e per il suo corretto stile di vita è costituito dal *caregiver* familiare, amicale o professionale (es. badante). In questo caso i linguaggi, i messaggi e gli strumenti di comunicazione devono essere scelti in funzione delle competenze e della *literacy* sanitaria di quest'ultimo. Non è necessario che l'azienda sanitaria prenda decisioni autonome in merito al dialogo diretto o aggiuntivo con il *caregiver*, perché questo può essere esplicitamente concertato con la diade paziente-*caregiver*. A questo proposito, emergono però due profili di complessità da gestire:

- assenza di una chiara gerarchia di *empowerment* tra *caregiver* e paziente: la diade si presenta al servizio con un *empowerment* sulle decisioni sanitarie paritetico seppure con *literacy* e culture sanitarie profondamente differenziate, oppure con un *gap* tra le relazioni di potere relativo dichiarate e quelle agite;
- necessità di correggere le caratteristiche del paziente con la variabile di controllo del *caregiver* influente, qualora si decidesse opportunamente di stratificare per aderenza, *literacy* o condizione sociale.

I diversi target possono essere raggiunti in modo mediato attraverso le reti sociali attivate nelle iniziative di CB finalizzate a perseguire processi di educazione sanitaria, di prevenzione, di reclutamento proattivo di pazienti e di controllo dell'aderenza alle terapie. In questo caso il target diretto dell'azione delle ASL diventano le reti di CB che fungono da attivatore dei pazienti, che quindi raggiungono i servizi in modo mediato da logiche di vicinato sociale e quindi compaiono a valle nei radar dei servizi sanitari.

2.4.4 Conciergerie

Il paziente fragile o cronico deve gestire numerose interdipendenze:

- equilibrare l'investimento sull'aderenza alle terapie e l'energia spesa per uno stile di vita corretto;
- combinare i consumi sanitari con quelli socioassistenziali e/o di wellness, riabilitativi o di mantenimento delle proprie funzionalità;
- gestire l'equilibrio tra la propria autonomia ed *empowerment* e il supporto di *caregiver* familiari, amicali o professionali;
- «elaborare il lutto» e sostenere la propria condizione di paziente cronico, adattare il proprio stile di vita e cercare di mantenere stabile il suo percorso esistenziale, familiare e professionale;
- integrare la spesa pubblica con i suoi consumi sanitari privati.

Come si osserva, si mischiano esigenze di reperimento dei servizi con fabbisogni psicologici e di ricalibratura dei propri percepiti interiori, e quindi capacità positiva di relazionarsi con una rete di persone oltre che con i servizi esterni. La consapevolezza e l'equilibrio trovato (o ritrovato) influenzano significativamente l'accesso tempestivo ai servizi, l'*empowerment* e l'aderenza alle terapie e a stili di vita corretti, determinando esiti di salute e costi per il SSN. Una logica di *conciergerie* è volta ad aiutare il paziente a sostenere e, dove possibile, ricomporre queste diverse interdipendenze ed esigenze talvolta contraddittorie. Non si tratta di umanizzare i servizi, ma al contrario, di dedicare personale, processi, elementi dell'offerta a questa funzione, che potrebbe avere un rapporto costo/beneficio estremamente favorevole per il SSN. Un paziente che ha «elaborato il lutto» della propria condizione di cronicità è meno ricorsivo nell'accesso improprio ai servizi; un paziente che ha nitidamente delegato il proprio *caregiver* evita interlocuzioni doppie e sequenziali con il clinico. La funzione di *conciergerie* può essere svolta dall'IFoC, dalla COT, dal MMG, dalle professioni sanitarie dei reparti ospedalieri con molti pazienti cronici, dagli operatori dell'ADI ecc. Si tratta di esplicitare la funzione e gli obiettivi.

2.4.5 Ricomposizione dei mercati

La spesa privata totale *out of pocket* e intermediata ammonta a 38,4 miliardi (Armeni *et al.*, 2022), a fronte di 130,2 miliardi di euro di spesa corrente di natura pubblica (Armeni *et al.*, 2022). La spesa sanitaria privata, come rappresentata da OCPS (Osservatorio Consumi Privati in Sanità di SDA Bocconi) si distribuisce lungo l'intera filiera dei servizi con una concentrazione significativa sui servizi ambulatoriali (circa il 50%), senza presentare cenni di inversione di marcia a causa delle lunghe liste d'attesa accumulate durante il periodo Covid-19.

Il diffuso ricorso al mercato privato genera tre differenti criticità. La prima è legata ai rilevanti livelli di iniquità (fra Nord e Sud, fra città e aree interne e soprattutto fra livelli di reddito diversi) di accesso alle cure. La seconda problematica è legata ad alcune prestazioni vendute da erogatori privati non rintracciabili nel SSN perché classificate come inappropriate. Un caso significativo a questo proposito è relativo alle ecografie da effettuare nel corso di una gravidanza sana: il SSN dichiara ragionevole e sicuro effettuare 3 ecografie (Linee Guida del Ministero della Salute – Gravidanza fisiologica, 2011) mentre erogatori a pagamento arrivano a offrirne fino a 9, ovvero una al mese. La terza è che il ricorso al privato aumenta la frammentazione dei servizi fra i diversi mercati, agendo in modo distorsivo su liste di attesa e priorità di trattamento del SSN e favorendo ancora una volta le famiglie più abili a destreggiarsi fra i mercati e con maggiori possibilità economiche. Sintetizzando, la mancata integrazione fra spesa pubblica e privata e la retorica falsamente universalistica del SSN (sarebbe forse più appropriato parlare di «universalismo selettivo») obbligano i cittadini al *cherry picking*, ovvero a saper identificare autonomamente quali prestazioni ottenere e in quale mercato, in un clima di confusione su quali siano i servizi realmente esigibili e con quali standard di sicurezza per il paziente.

Con una spesa sanitaria pubblica pari solo al 6,2% del PIL, occorre aiutare i pazienti a combinare utilizzo di servizi pubblici e spesa privata, cercando di mitigare iniquità e duplicazioni. Ovviamente, non si tratta dello scenario auspicato dagli autori, che preferirebbero una spesa sanitaria pubblica decisamente più correlata al quadro dei bisogni e dei consumi sanitari effettivi, ma una presa di consapevolezza della situazione data.

Il SSN deve attivamente perseguire tre principi nella progettazione dei propri servizi per supportare le famiglie nella ricomposizione dei mercati:

- posizionarsi come *good practice* del mercato, in particolare nel segmento a pagamento, offrendo servizi ad alta qualità clinica e a prezzi calmierati, a cui l'erogatore a pagamento deve ispirarsi e adeguarsi;
- garantire la ricomposizione delle informazioni cliniche sul paziente. Un buon punto di partenza a questo proposito è rappresentato dal FSE, il quale dovrà comprendere sempre più i servizi erogati in entrambi i mercati;
- dichiarare, in modo consapevole e maturo, quali prestazioni può offrire ai cittadini e a quali condizioni e quali invece non rientrano nel suo perimetro di azione, consentendo alle famiglie il processo di selezione e accesso ai due mercati.

2.5 I principi di reingegnerizzazione delle relazioni interprofessionali

In questo paragrafo si discutono i possibili principi che possono ispirare la reingegnerizzazione delle relazioni interprofessionali, in particolare nella filiera ospedalieri-specialisti convenzionati-MMG, anche considerando a ogni livello le numerose interdipendenze con le professioni sanitarie. Ci troviamo infatti in un quadro epidemiologico a bisogni crescenti e in uno scenario economico per l'SSN a risorse decrescenti, fattori che aumenteranno progressivamente la pressione produttiva sui singoli operatori e setting, le liste di attesa, il *voice* di pazienti e cittadini, l'*exit* iniquo e delegittimante per l'SSN verso il mercato a pagamento. In questo quadro non è possibile avere duplicazioni dei servizi, *sliding doors*, pazienti contesi, sovrapposizioni o gap di ruolo, ovvero fasi del processo assistenziale non chiaramente assegnate. Occorre chiaramente suddividere il lavoro lungo la filiera professionale e dotarsi di efficaci ed efficienti meccanismi operativi di coordinamento. A tal proposito, i principi di riprogettazione delle relazioni professionali che proponiamo sono: (2.5.1) specializzazione e coordinamento professionale; (2.5.1) standardizzazione e supporto alle decisioni cliniche; (2.5.3) *knowledge transfer* e *peer audit*; (2.5.4) sistemi informativi clinici condivisi; (2.5.5) logiche di sanità d'iniziativa.

2.5.1 Specializzazione e coordinamento professionale

Da un lato, assistiamo alla carenza attuale e prospettica di professionisti sanitari e all'aumento della prevalenza di cronicità e fragilità con l'ambizione di una presa in carico universalistica da parte del SSN. Per rispondere a questa tensione è necessario ripensare a fondo i modelli di suddivisione del lavoro, cercando di modificare gli equilibri tra le professioni. In particolare, è necessario suddividere con più precisione il lavoro nella filiera clinica tra ospedalieri, specialisti convenzionati e MMG. Per ogni patologia e stadio di patologia deve essere concertato, nel singolo contesto distrettuale, il ruolo del *clinical manager* (responsabile della presa in carico e sintesi clinica), la funzione del *consultant* e l'eventuale coinvolgimento di altri gruppi di professionisti a quel determinato stadio.

Dall'altro lato, è necessario suddividere in modo diverso il lavoro tra medici e professioni sanitarie nelle diverse fasi del processo di gestione del cronico, quali reclutamento, arruolamento, *case management*, per valorizzare competenze e ruoli di ciascuno. Questo processo richiede la valorizzazione delle competenze e la costruzione di meccanismi di coordinamento per fronteggiare nuove esigenze di cura. La valorizzazione delle competenze persegue una logica di specializzazione professionale che può impattare positivamente sui livelli di motivazione nello svolgere il lavoro per cui si possiede know-how e può rispondere all'esigenza di razionalizzare il tempo del personale scarso, evitando attività gestibili da altri professionisti. Ciò può inoltre portare a un rafforzamento delle condizioni che favoriscano la piena assunzione di responsabilità sulle mansioni

assegnate. Ragionando in termini di gestione della cronicità, è necessaria l'integrazione e il coordinamento di operatori della filiera orizzontale ospedale-specialisti convenzionati-MMG e delle filiere verticali, ovvero la suddivisione del lavoro tra medici e professioni sanitarie per ogni setting assistenziale. Si tratta di uno sforzo di coordinamento della filiera professionale, in cui ogni professionista porta la specializzazione del suo sapere e, coordinato da una regia centrale, contribuisce alla risposta a un determinato bisogno multidimensionale, comprendendo nei meccanismi concertativi anche operatori non sanitari. Le modalità operative devono basarsi soprattutto su processi standardizzati, su procedure digitalizzate, su piani definiti di suddivisione dei ruoli e delle responsabilità (sistemi operativi hard) e non su soli meccanismi soft basati su riunioni di allineamento informativo e cognitivo, comunque necessari. L'aspetto più interessante è individuare dei professionisti che siano imprenditori del cambiamento e che si facciano promotori della costruzione e gestione delle filiere professionali orizzontali e verticali, per singolo territorio e per singola materia e disciplina. Si tratta anche di attivare dei processi di riconoscimento simbolico che diano prestigio professionale e sociale a compiti e ruoli difficili e ad alto valore aggiunto.

2.5.2 Standardizzazione e supporto alle decisioni cliniche

La prevalenza della cronicità e della fragilità richiede approcci industriali alla cura affinché si attivino prassi di diagnosi e terapia *evidence-based* costantemente e dinamicamente aggiornate, omogenee ed eque in funzione degli stadi di patologia. Non si tratta solo di costruire in ogni azienda PDTA condivisi e riconosciuti nelle filiere professionali dagli MMG agli ospedalieri, ma di renderle una componente attiva della pratica clinica quotidiana. A questo proposito, i sistemi digitali di supporto e registrazione della pratica clinica che tutti i professionisti obbligatoriamente usano possono essere disegnati per spingere al costante utilizzo degli standard definiti, con una azione di *nudging* ingegnerizzata nel processo di assunzione delle decisioni cliniche. Nessun MMG è in grado di essere costantemente aggiornato su tutte le patologie al ritmo delle innovazioni scientifiche, cliniche e tecnologiche oggi emergenti. Nessun ospedaliero si preoccupa davvero di trasferire nuove conoscenze in tempo reale alla filiera professionale degli specialisti convenzionati e degli MMG, neppure nel ristretto silos della propria materia e disciplina. La disponibilità di uno strumento digitale condiviso di diagnosi e cura, che proponga costantemente il confronto tra le ipotesi diagnostiche e i PDTA e che obblighi ad aggiornare stabilmente i PDTA aziendali può rappresentare uno strumento per affrontare sistematicamente le due criticità evidenziate. Si tratta di responsabilizzare sull'uso dello strumento digitale, come cavallo di troia di cambiamenti in realtà più profondi e rilevanti: l'aggiornamento costante dei MMG, l'obbligo di aggiornare e codificare i PDTA aziendali per gli ospedalieri, l'attivazione di un processo automatizzato di *knowledge transfer*.

2.5.3 Knowledge transfer e audit clinico tra pari

All'interno di un contesto professionale come descritto nella sezione precedente, è necessario che un attore, idealmente i dipartimenti specialistici territoriali e ospedalieri quali il dipartimento di Cure Primarie, Igiene e Prevenzione, Salute Mentale e le UOC all'interno delle strutture ospedaliere, si assumano la responsabilità del governo clinico e si occupino, oltre della citata definizione di standard tra professionisti, di attivare pratiche e processi sistematici di *knowledge transfer* lungo le filiere professionali (MMG-sumaisti-ospedalieri) attraverso la costruzione di adeguate infrastrutture organizzative e riti comunicativi.

Se l'obiettivo diventa quello di costruire modelli organizzativi intorno al sapere, finalizzati a prendere in carico il paziente nei suoi bisogni sfaccettati, attivare meccanismi di *knowledge transfer* può risultare particolarmente strategico all'interno di una filiera professionale diffusa composta da competenze diverse. Inoltre, lo scambio di esperienze, la diffusione di conoscenze e risultati, la messa in pratica di sistemi di *benchmarking* e *benchlearning* stimolano i professionisti e possono essere particolarmente utili in contesti di cambiamento per mettere a fattor comune buone pratiche ed esempi di successo fra team diversi. Essi devono basarsi su momenti di confronto brevi, regolari, con una frequenza sostenibile rispetto alle agende, sempre basati su dati scientifici o di monitoraggio dei comportamenti clinici e degli esiti in azienda.

2.5.4 Sistemi informativi clinici condivisi

Per la gestione integrata e coordinata del paziente cronico o fragile, è necessario che tutti i professionisti della filiera (MMG, specialisti convenzionati, ospedalieri) accedano alle stesse informazioni cliniche, potendole leggere interamente e potendo modificare e integrare quelle per cui sono autorizzati, in base alla suddivisione dei compiti e dei ruoli che si saranno dati nella filiera per patologia e stadi di patologia. Questo serve a verificare che ognuno effettivamente svolga il ruolo assegnato nella filiera, senza prevaricare e senza omettere nulla. Serve all'esercizio del ruolo di *consultant* o *case management* per il professionista responsabile clinicamente del caso, così come per il passaggio del paziente da un clinico all'altro, per esempio a causa del cambio di stadio di patologia. Il nuovo FSE costituisce la piattaforma digitale di naturale interscambio di informazioni tra i diversi nodi del sistema, in quanto contiene anamnesi, prescritto, consumato, referti a cui può accedere qualsiasi professionista autorizzato dal paziente. La criticità non sta quindi più nello strumento digitale di interoperabilità, ma nelle mappe cognitive organizzative che devono privilegiare, per i professionisti, la lettura delle interdipendenze orizzontali con i colleghi della filiera professionale e non solo quelle con la propria tribù professionale stretta, limitata al proprio setting elettivo di lavoro. Si tratta di scoprire e sentire la necessità di

collaborare lungo la filiera professionale orizzontale, perché questo produce valore per pazienti, professionisti e SSN. A quel punto ci si può rendere conto che gli strumenti di interoperabilità sono disponibili e che quello che manca è la suddivisione dei ruoli e delle funzioni per stadi di patologia, nonché la condivisione di PDTA di riferimento.

2.5.5 Sanità d'iniziativa e back-office

Anche le logiche di sanità d'iniziativa, che verranno affrontate nel dettaglio nel Capitolo 12 di questo volume, impongono meccanismi di raccordo e reingegnerizzazione delle relazioni fra professioni. Per prendere in carico i pazienti in modo proattivo, prima che le patologie insorgano o si aggravino, è necessario tenere in considerazione che le malattie croniche-degenerative comportano bisogni sempre più complessi e multidimensionali. Richiedono pertanto interventi differenziati, per i quali le modalità assistenziali devono tendere a uno sviluppo integrato delle professionalità, tramite la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali e organizzative in grado di valorizzare il contributo dei diversi professionisti e attori dell'equipe. Tale approccio consente di integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche, col fine di pervenire a modelli organizzativi sempre più aderenti alle esigenze espresse e/o latenti.

I modelli di sanità d'iniziativa richiedono il coordinamento di tre macroattività in un orizzonte di medio-lungo periodo: la definizione dei target da reclutare, la responsabilità del raggiungimento di tali target e il loro concreto reclutamento. Queste tre fasi prevedono una responsabilità distribuita su altrettanti livelli organizzativi. Nel dettaglio, a livello aziendale viene definito il target di pazienti da reclutare attraverso la definizione di un determinato algoritmo da utilizzare per la rilevazione dei dati e relative metriche per la clusterizzazione della popolazione. Il Distretto è invece il responsabile del raggiungimento dei target da reclutare e dovrà programmare adeguate strategie di ingaggio da trasferire alle CdC, le quali si occuperanno di reclutare effettivamente i diversi cluster, valorizzando le risorse a disposizione (operatori nei dipartimenti di igiene e prevenzione, IFoC, MMG, reti sociali di comunità ecc.) e utilizzando canali comunicativi *ad hoc* a seconda del target prioritario. L'effettivo successo delle iniziative dipenderà quindi dal corretto ingranaggio fra gli attori ai quali sono assegnate le diverse responsabilità assegnate.

2.6 Conclusioni

Abbiamo delineato le caratteristiche distintive delle condizioni del paziente cronico e fragile in una ottica di *service management* per capire come meglio dovrebbero caratterizzarsi i servizi di risposta. Questo ci ha permesso di delineare le proposte di valore per cronici e fragili, ovvero gli obiettivi che pazienti e familiari vorrebbero percepire come raggiunti dai servizi e dai processi di presa in

carico. La proposta di valore per cronici e fragili ha ispirato i principi di riprogettazione dei servizi e di riorganizzazione della filiera professionale relativi a suddetti pazienti. Nei prossimi capitoli, si discutono i modelli organizzativi e operativi per implementare i contenuti di servizio qui delineati, seguendone i criteri di progettazione.

3. L'accesso ai servizi e la selezione dell'utenza: il *customer experience management* a garanzia dell'equità

di Claudio Buongiorno, Francesca Meda e Chiara Piancatelli

In questo capitolo si propone una riflessione sull'accesso ai servizi territoriali in sanità, attraverso la lente interpretativa della Public Service Logic (Osborne *et al.*, 2013) e gli strumenti del *customer experience management*. Anche nei sistemi sanitari universalistici esiste il rischio che le persone più vulnerabili siano quelle che più difficilmente riescono ad accedere ai servizi pubblici. Per garantire equità nell'accesso è necessario che le strutture e i professionisti si dotino degli strumenti opportuni e pongano particolare attenzione al monitoraggio e al miglioramento dell'esperienza degli utenti-pazienti. Partendo dalla descrizione della situazione attuale, caratterizzata da un'estrema variabilità e frammentarietà dei punti di accesso, si propone la riformulazione di un sistema di accesso che mira a garantire l'equità attraverso sistemi informativi interoperabili, assicura funzioni di omnicanalità e omogeneità nelle risposte, definisce con chiarezza il perimetro del sistema di offerta, genera per i pazienti percorsi coerenti con i bisogni espressi e viene gestito da team e unità aziendali dedicate, con responsabilità definite e competenze adeguate.

This chapter proposes a reflection on access to local services in healthcare, through an interpretative lens of the Public Service Logic (Osborne *et al.*, 2013) and the constituent concepts of *customer experience management*. Even in universal health systems there is a risk that the most vulnerable people are those who are most unlikely to access and benefit from public services. To ensure equity in access, it is therefore necessary that facilities and professionals equip themselves with the appropriate tools and manage access, paying particular attention to monitoring and improving the experience of users-patients. Starting from the description of the current situation, characterized by extreme variability and fragmentation of access points, some general principles are proposed to reformulate the access system and related channels: an access system that aims to guarantee fairness is based on interoperable information systems, ensures omnichannel functions and homogeneity in responses, clearly defines the perimeter of the offer system, it generates paths for patients consistent with the needs expressed and is managed by dedicated teams and business units, with defined responsibilities and adequate skills.



I superpoteri della Nonna SpID

3.1 L'accesso ai servizi

I sistemi di welfare dei Paesi occidentali mostrano segnali di regressività distributiva. Per esempio, i sistemi di trasporto pubblico sono disegnati in maniera radiale, premiando i centri urbani rispetto alle aree suburbane, per cui i figli nati all'interno di famiglie ricche tenderanno maggiormente a frequentare le scuole del centro città. Inoltre, nei sistemi sanitari universalistici le persone più vulnerabili tendono a riscontrare difficoltà nell'accesso ai servizi pubblici. In questo capitolo, in primo luogo si evidenzia il rischio che i servizi sanitari territoriali favoriscano persone con più risorse culturali o legami sociali, a scapito delle fasce più svantaggiate della popolazione; in secondo luogo, si evidenzia come alcuni strumenti peculiari del settore del *marketing*, in particolare dal campo del *customer experience management*, possono migliorare l'esperienza degli utenti-pazienti e ridurre i potenziali effetti dell'iniquità. Peraltro, queste tendenze negative possono essere aggravate dal processo di digitalizzazione dei servizi e dei canali di accesso a causa dei differenziali di competenze digitali. Sebbene infatti i processi di digitalizzazione costituiscano un percorso di innovazione virtuoso e positivo, sono necessari elementi di progettazione specifici per favorire proattivamente l'equità.

3.1.1 La teoria della Public Service Logic

La Public Service Logic (PSL) è una teoria interpretativa dell'erogazione dei servizi pubblici. Dal punto di vista della PSL, sviluppata da Stephen Osborne a partire dal 2013, il valore dei servizi pubblici non è generato solo dal servizio in sé, bensì dall'interazione che il servizio intrattiene con l'utente che lo utilizza. La presenza della competenza dell'utente diventa così condizione necessaria perché il servizio sia utile. La PSL ha richiesto una profonda riflessione, tutt'ora dibattuta, sul meccanismo con cui i servizi pubblici generano valore. L'utente contribuisce alla relazione con il servizio pubblico con la sua storia personale e le sue competenze, e così, più l'individuo è capace e più possiede risorse proprie, più la sua interazione con il servizio sarà in grado di produrre valore per l'individuo e conseguentemente anche per la collettività. È quindi primariamente l'utente con il suo contributo a determinare gli effetti e l'eventuale creazione di valore del servizio stesso. Essendo la dotazione di competenze distribuita in modo differenziato tra le persone e gli strati sociali, la teoria della PSL segnala il pericolo di un'iniquità prodotta dai servizi pubblici e le sue determinanti.

Nel dibattito sull'utilizzo dello SPID per accedere ai servizi pubblici, per esempio, si è discusso soprattutto delle capacità delle persone anziane di utilizzare gli strumenti digitali. Nella pratica, tuttavia, le sfumature di competenza sono molto più variegata: un settantenne laureato che vive in un'area urbana, con solidi legami sociali e relazionali, avrà probabilmente un'esperienza positiva

nell'interazione con un servizio pubblico digitale, a differenza di un cinquantenne disoccupato che ha solo assolto all'obbligo scolastico, che vive da solo in un'area rurale e non ha stretti legami familiari. In altre parole, non è soltanto l'età a determinare la capacità di interazione del cittadino con i servizi pubblici. Si tratta di ragionare in termini intersezionali: è l'interazione di numerose caratteristiche individuali, sociali, educative, lavorative e di contesto di vita a determinare la capacità di creare valore nell'interazione con il servizio pubblico.

Nei servizi pubblici sanitari e sociali, sussiste un'ulteriore relazione tra capacità personali e bisogni di salute. Sono, infatti, proprio le persone che vivono da sole, in aree rurali e che possiedono titoli di studio inferiori alla laurea, a mostrare anche una maggiore prevalenza di fragilità sociali e malattie croniche. I bisogni di salute sono dunque maggiori nelle fasce più svantaggiate della popolazione. Si consideri per esempio la distribuzione delle morti da Covid-19, come mostrato da Armillei, Filippucci e Fletcher (2021): queste sono state maggiori in Italia nelle aree periferiche, caratterizzate da livelli di reddito e istruzione mediamente più bassi, da famiglie più numerose e anziane, e da un'economia dei servizi meno sviluppata e maggiore presenza di industrie¹.

Il rischio è chiaro. Nell'interazione con i servizi pubblici, chi ha maggiori bisogni di salute ma minori competenze non è in grado di generare il valore che il servizio pubblico vorrebbe perseguire. C'è il rischio che queste persone non riescano neppure a interagire con i servizi di cui dovrebbero essere i primi beneficiari. Si pensi a un cittadino che non rispetta il proprio percorso terapeutico e si aggrava, generando disutilità sociale oltre che personale, o a un cittadino che, non conoscendo la possibilità di usufruire di una visita gratuita da uno specialista ambulatoriale, trascurando i propri bisogni di salute ritenendoli economicamente non sostenibili. È quindi evidente che in generale, ma soprattutto nel settore sanitario, l'incapacità di accedere ai servizi appropriati genera una risposta negativa non solo a livello di bisogno di salute individuale, ma anche a livello collettivo. È per questo che risulta fondamentale occuparsi, in termini manageriali, dell'accesso ai servizi come momento distinto rispetto all'erogazione. Questa riflessione è ancora più rilevante nelle patologie croniche, che si basano su processi di autosomministrazione dei farmaci, automonitoraggio dei parametri sanitari e accesso regolare a visite e controlli, in assenza, di fatto, di rilevanti stimoli esterni da parte del SSN.

3.1.2 *L'accesso ai servizi come momento distinto dall'erogazione*

Il momento cardine alla base del processo di creazione del valore è la fase di accesso ai servizi. Tale fase rappresenta il primo vero incontro (*touch point*) tra

¹ Per una trattazione più approfondita sulle variabili sociodemografiche e la loro interazione con i bisogni di salute, si rimanda al Capitolo 1.

domanda e offerta di servizi. Come hanno di recente sottolineato Matranga e Maniscalco (2022), è frequente la confusione concettuale tra accesso e utilizzo del servizio. Nello studio, l'accesso è definito sinteticamente come opportunità di utilizzare il servizio, rispetto all'utilizzo vero e proprio. L'accesso è stato anche definito come la misura in cui il servizio «calza» i bisogni dell'utente (Penchansky e Thomas, 1981). Secondo questi studiosi, la capacità di calzare i bisogni dell'utente è determinata da:

- la disponibilità del servizio e la sua adeguatezza rispetto al bisogno dell'utenza;
- l'accessibilità dei servizi, ovvero la distanza, fisica o culturale, tra il luogo, fisico o virtuale, dell'offerta e quello dell'utenza;
- la capacità dei servizi di essere appropriati e la percezione di appropriatezza e facilità di utilizzo da parte dell'utenza;
- la convenienza (non solo economica, ma anche in termini di tempo, distanza, stigma, costo opportunità ecc.) di utilizzare il servizio.

A queste caratteristiche del canale di accesso bisogna aggiungere la sua intellegibilità e desiderabilità, ovvero il grado di efficacia nel trasformare un bisogno implicito del potenziale utente in domanda esplicita e concretamente rivolta al servizio.

L'accesso viene quindi inteso come un concetto multidimensionale: insieme alla disponibilità, accessibilità, appropriatezza e convenienza, è fondamentale anche considerare tempismo (deve essere possibile accedere ai servizi quando se ne ha necessità e gli stessi devono essere erogati nel momento di bisogno da parte dell'utenza), efficacia (i meccanismi di accesso devono «guidare» l'utente verso il servizio che risulta più appropriato per le sue esigenze), attrattività, desiderabilità ed equità, con quest'ultima da intendersi sia come equità nell'accesso per insiemi di individui con esigenze simili (equità orizzontale) sia come meccanismi di accesso adeguatamente differenziati per cluster di utenti con esigenze diverse in termini di intensità, urgenza o tipologia (equità verticale) (Oliver, 2004).

Spesso nell'erogazione dei servizi si dà per scontato che chi ha bisogno del servizio arriverà allo sportello, oppure invierà una mail o farà una telefonata, o ancora visiterà un sito web dedicato. Si assume, insomma, che l'utente a un certo punto entrerà in contatto con chi eroga il servizio e che da lì, a patto che siano presenti determinati criteri, possa utilizzare il servizio. Nella realtà dei fatti, invece, non è garantito che l'accesso a un servizio conduca necessariamente alla risoluzione del bisogno alla base dell'accesso. È la combinazione delle variabili appena elencate a determinare il reale grado di accessibilità del servizio. È per questo che è necessario distinguere l'opportunità «formale» di utilizzare un servizio se necessario e il suo «sostanziale» utilizzo (Donabedian, 1972).

Nella fase di accesso ai servizi, dunque, gli utenti possono confrontarsi con delle barriere all'ingresso a causa del disegno del canale o per le regole di accesso, che bloccano parte dell'utenza prima di raggiungere i servizi. Ne conseguono gap tra le aspettative di chi vuole usufruire di un servizio e di chi quel servizio lo eroga. Si pensi ai servizi il cui accesso è possibile solo prenotandolo telefonicamente negli orari di apertura dell'ufficio preposto. Un potenziale utente che svolge un lavoro in una determinata fascia oraria, come un operaio di linea oppure un'autista d'autobus, sarà costretto a richiedere un permesso per poter telefonare. E resta comunque da sperare che il servizio riceva effettivamente le telefonate e non ci siano molte altre chiamate nel momento prescelto. Si pensi, invece, a un servizio che accetti prenotazioni solo via SPID, oppure ancora a uno che riceva solo in presenza senza appuntamento e con orari giornalieri limitati. Sono esempi di barriere diverse, che riducono le possibilità di accesso per fasce diverse della popolazione.

Si è detto che l'imposizione di queste barriere può essere consapevole o inconsapevole. Un servizio può modellare le modalità di accesso per favorire la categoria di destinatari privilegiata, ma può anche decidere secondo le sole caratteristiche del servizio la modalità di accesso più consueta o stratificarsi senza considerarne gli effetti sull'utenza di fatto selezionata ed esclusa.

La fase di accesso è fondamentale nei servizi pubblici anche perché è il momento in cui il bisogno si trasforma in domanda esplicita. Questa trasformazione potrebbe avvenire in autonomia, grazie a una personale elaborazione dell'utente. L'utente, di fronte a un riacutizzarsi di un malessere precedente, per esempio, potrebbe riconoscere la necessità di una visita medica dal proprio MMG, chiamare la segreteria del MMG in questione e prenotare la visita. Un altro utente potrebbe invece essere meno consapevole della rilevanza di alcuni sintomi, oppure potrebbe sperare che non si tratti di nulla di rilevante evitando l'accesso al MMG, o ancora percepire di non avere sufficientemente tempo o energia per contattarlo. Esiste di fatto una distanza tra bisogno e domanda la cui ampiezza dipende dalle capacità individuali di saper tradurre una necessità, un'esigenza implicita e non chiara (bisogno) in una richiesta puntuale (domanda). La fase di accesso non può dunque prescindere dalla considerazione del fatto che sono proprio gli individui più vulnerabili e con meno risorse e competenze a necessitare di un supporto in questa dinamica di trasformazione e passaggio da bisogno a domanda.

La fase di accesso, infine, è un momento di triage. Gli utenti con attenzione prioritaria possono essere facilitati, come capita nel PS o con le file per famiglie con bambini piccoli in aeroporto. Anche servizi che si professano universalistici selezionano l'utenza rispetto all'orario di arrivo, oppure rispetto al momento della domanda o, ancora, rispetto al momento di primo accesso al servizio, che magari è avvenuto anni prima nel caso di patologie croniche. Presidiare opportunamente la fase di accesso è quindi doppiamente importante:

non è solo un tema di garantire risposte giuste ai bisogni che via via si manifestano, ma saperli leggere, analizzare e dunque «selezionare» in termini di priorità e urgenza. I meccanismi di selezione e triage sono naturalmente parte integrante dell'accesso ai servizi; a cambiare è il grado di consapevolezza di cui dispone una azienda e il livello di esplicitazione alla propria utenza.

È bene precisare che, finora, si è inteso l'accesso come primo accesso, ovvero primo incontro tra utente e servizio. Tuttavia, occorre sottolineare che i pazienti cronici non necessitano solamente di un primo accesso, ma di molteplici accessi allo stesso servizio (si pensi al medico di riferimento) o a più servizi contemporaneamente (esami diagnostici di pazienti con comorbidità). E poiché i pazienti cronici rappresentano la categoria prevalente di utenti nel settore sanitario territoriale, il dibattito sulla concezione dell'accesso come primo accesso o come molteplicità di accessi acquista ulteriore rilevanza dalla prospettiva del settore sanitario. I momenti di incontro tra domanda e offerta contribuiscono a formare la «storia» del percorso del paziente all'interno del sistema sanitario. Disegnare un percorso (*customer* o *user journey*) adeguato all'interno dei servizi richiede quindi una corretta conoscenza del grado di ciclicità, frequenza, intensità del bisogno stesso e correlarlo con le competenze disponibili nei diversi cluster di utenti. Questo perché, soprattutto nel caso di accessi molteplici, il paziente non debba trovarsi a compiere passaggi già svolti, ma anzi, possa contare su un sistema che tenga traccia delle proprie interazioni, sulla base delle quali «alimenta» e costruisce il percorso individuale di cura e assistenza.

3.2 Il *customer experience management*

La ricerca scientifica in ambito sanitario ha dimostrato la presenza di barriere all'accesso ai servizi sanitari. Si è dimostrato, per esempio, che le persone con livelli di reddito inferiori subiscono tempi di attesa per le visite specialistiche superiori rispetto a persone più abbienti, le quali possono sostenere i costi delle cure private. Eppure, poca attenzione è stata dedicata a quali siano le caratteristiche dei servizi che producono o riducono queste barriere all'ingresso. Se, infatti, barriere di accesso di tipo finanziario andrebbero affrontate soprattutto a livello di politiche pubbliche, le barriere di cui questo capitolo discute riguardano il *service design*.

Mutuiamo dal marketing alcune delle logiche alla base del disegno e della costruzione di un'interazione fluida tra chi eroga il servizio e l'*audience* finale che ne usufruisce, in questo caso il cliente-paziente, con l'obiettivo di rimuovere tutti quegli elementi che ostacolano la creazione di valore condiviso tra gli stakeholder coinvolti nel sistema. Con l'espressione *customer experience management* ci riferiamo alla gestione della sequenza di interazioni che avvengono tra un individuo e un *brand* in una serie di punti distinti, detti *touch point*, incontrati

lungo il *customer journey*, ossia durante l'intero ciclo di vita del cliente. In ambito sanitario, ci riferiamo alla gestione delle interazioni tra l'individuo e una o più istituzioni sanitarie, che costituiscono dei *touch point* lungo l'intero ciclo di assistenza del paziente. L'obiettivo della mappatura del *customer journey* in ambito sanitario è dunque ricollegabile all'esigenza di conoscere e gestire l'esperienza che gli utenti-clienti vivono a partire, per esempio, dal momento in cui sentono l'esigenza di sottoporsi a una determinata visita medica fino alle fasi di monitoraggio e *follow-up* della cura. Tale attività implica ripercorrere il viaggio intrapreso dal cliente-paziente individuando tutti i punti di interazione attivati, con il fine di migliorare l'esperienza di servizio offerto in ciascun *touch point* e rimuovere o sostituire i punti di contatto poco virtuosi. Tale processo necessita di estrema cura e attenzione, assumendo il punto di vista dell'utente ed eliminando le distorsioni cognitive ricollegabili alla realtà di riferimento che eroga il servizio. Se assumessimo una prospettiva tradizionale nella descrizione del percorso intrapreso dal cliente-paziente, potremmo rappresentarlo attraverso un susseguirsi lineare di macroaree all'interno delle quali è possibile ricondurre i diversi step del processo che il paziente deve intraprendere. La logica di *customer journey* fa un passo avanti rispetto a quanto appena descritto rappresentando il percorso del cliente-paziente in maniera molto più dettagliata ma anche più labirintica. Il viaggio verso l'ottenimento del servizio si caratterizza per una serie innumerevole di punti di contatto offline e online dove è possibile veicolare contenuti e disegnare interazioni differenti. Google parla di «*messy middle*» proprio per sottolineare la complessità e gli infiniti input a cui il cliente è esposto durante il suo *journey* verso un prodotto/servizio. Una volta avvenuta la mappatura, si è in grado di ragionare a livello di micro-progettazione e dunque migliorare l'esperienza offerta all'utente finale.

Essendo quindi determinante riuscire ad assumere la prospettiva del paziente utilizzatore del servizio, risulta di estrema importanza essere in grado di integrare la logica del *customer journey* con quella delle *personas*, che richiede di stereotipare gli utenti più frequenti sulla base di input e dati raccolti. Comprendere le necessità e i desideri del cliente, senza però perdere di vista la bussola degli obiettivi aziendali, permetterà la creazione di valore sia per il cliente che per l'azienda sanitaria. È opportuno ricordare, infine, che grazie alla micro-progettazione dell'esperienza e del contenuto di ciascun *touch point* è possibile fidelizzare un utente molto prima, già a partire dalla fase di creazione di conoscenza, e innescare il cosiddetto *loyalty loop* grazie all'offerta di un servizio in linea, o addirittura superiore, alle aspettative dell'utente. Sebbene gli aspetti di fidelizzazione non siano scevri da controindicazioni nei settori sanitari e sociali, la presenza di utenti soddisfatti e «fedeli» accresce la reputazione dell'azienda sanitaria e dei suoi servizi.

3.3 Lo stato delle cose

3.3.1 *Gli accessi ai servizi territoriali*

L'accesso non è soltanto il momento in cui l'utente si presenta (fisicamente o meno) per l'erogazione vera e propria del servizio. Migliaia di persone ogni giorno cercano informazioni sui siti web di ospedali e aziende sanitarie, telefonano ai propri MMG o alle CdC, o ancora si presentano fisicamente in un centro vaccinale per prenotare o ricevere una vaccinazione. Per avere un ordine di grandezza, in uno studio del 2010, Masseria e Giannoni stimavano che il 16% della popolazione italiana avesse incontrato almeno una volta nell'ultimo mese il proprio MMG, contro il 5% di persone recatesi al PS nei dodici mesi precedenti.

A livello del territorio, solo una minima parte dei pazienti si interfaccia con un servizio per la prima volta. La popolazione cronica, per esempio, vive in un ciclo ricorrente di accessi ed erogazioni di uno o più servizi. Quando risponde a logiche di presa in carico, questo ciclo è strutturato e, dunque, maggiormente in grado di rispondere ai bisogni di salute. Ma anche in assenza di queste logiche, la ciclicità è presente. In maniera spannometrica, i cronici in Italia rappresentano circa un terzo della popolazione. Se uno stato di cronicità, in media, richiedesse due visite all'anno, due esami di laboratorio all'anno e la prescrizione di una confezione di medicine ogni mese, si conterebbero già 16 interazioni tra il paziente cronico e il sistema. Si tratta, anche se per approssimazione grossolana, almeno di decine di milioni di interazioni mensili. Dall'altro lato, il sistema sanitario e sociosanitario ha numerosi punti d'accesso potenzialmente a disposizione: quelli pubblici e privati accreditati dal SSN (i siti web delle aziende sanitarie, delle Regioni, i centralini telefonici) ma anche quelli privati a pagamento (app, numeri di telefono ed e-mail di singoli specialisti, MMG o PLS).

La fase di accesso, dunque, è potenzialmente molto affollata e densa di nodi: tantissimi utenti a fronte di tantissimi canali di accesso. Questo momento di connessione tra gli utenti e i servizi è particolarmente rilevante per il SSN per diversi motivi:

- a. innanzitutto, occorre considerare il gap naturale tra domanda e offerta. Al momento, e nel futuro, il SSN non ha le risorse necessarie per rispondere ai bisogni di salute di tutta la popolazione. E, in particolare, nel sistema di cure territoriali, il gap tra risorse a disposizione e bisogni è ancora più pronunciato, e questo impone di definire e selezionare le priorità;
- b. a fronte di questo gap strutturale, aumentano naturalmente i tempi di attesa per l'erogazione dei servizi, a cui dovrebbe associarsi un riconoscimento delle priorità di cura. Ma se anche il sistema non attribuisce priorità, come si è detto, la priorità è implicitamente attribuita a chi è stato capace di arrivare in anticipo,

- a chi era già nel servizio in passato, o a chi ha avuto la capacità di orientarsi nel sistema e di individuare il punto di accesso più rapido;
- c. infine, l'utente si trova di fronte a un portafoglio di servizi estremamente ricco ma frammentato e scarsamente intellegibile. Esistono molteplici strutture o professionisti a cui rivolgersi, in ogni territorio, di natura pubblica, privata accreditata o privata, che rispondono a bisogni sanitari, sociosanitari o sociali.

La fase di accesso diventa dunque cruciale nel supportare l'utente nel trasformare il proprio bisogno in domanda, nel guidarlo verso il servizio più appropriato, facilitandone anche l'accesso e l'interazione, nel dare priorità o meno al suo bisogno-domanda e, infine, nella predisposizione dell'erogazione del servizio.

Per garantire una risposta appropriata ai bisogni dei pazienti è necessario in prima analisi possedere una conoscenza esaustiva di quanto è disponibile sul mercato in termini di portafoglio di servizi. In questo senso, risulta fondamentale la funzione di ricomposizione dell'offerta dei servizi, poiché l'utenza potrebbe non sapere a chi e dove rivolgersi, non essendo sempre in grado di discernere tra le diverse opzioni disponibili. Ricomporre le informazioni riguardanti i punti erogativi e i servizi in un unico luogo (si pensi a una piattaforma multicanale) permetterebbe di restituire una visione unitaria e complessiva dell'offerta disponibile e, al contempo, di veicolare e comunicare un'immagine identitaria (*brand identity*) dei servizi che vi sono ricompresi.

3.3.2 *L'interpretazione della situazione esistente*

Il sistema delle cure territoriali sperimenta una profonda frammentazione dei canali di accesso. Alla situazione pre-pandemica di destrutturazione del sistema si sono aggiunti gli interventi previsti dal PNRR. Se, da un lato, l'introduzione dei PUA e del numero telefonico 116.117, nonché il rafforzamento del FSE sono elementi rilevanti nel modificare il sistema di accesso attuale, questo sviluppo sembra tuttora poco coordinato. I canali preesistenti sono spesso rimasti attivi: si pensi ai numeri di telefono dei singoli uffici, dei punti informativi delle singole strutture o aziende sanitarie, delle segreterie; si pensi agli indirizzi e-mail, oppure ai siti web e ai servizi digitali slegati dagli altri canali di accesso. Anche dal punto di vista geografico, non sempre la collocazione dei punti di accesso e di erogazione è strategicamente preordinata agli obiettivi aziendali. Se la logica della multicanalità nasce con l'idea di garantire vie di accesso che si adattino alle preferenze variegiate degli individui, questa moltiplicazione diffusa di canali di accesso aggiunge sia ulteriore complessità, aumentando le difficoltà di orientamento all'interno del sistema, sia una crescita esponenziale delle occasioni di creazione di valore per il paziente finale, qualora il disegno dell'interazione di chi eroga il servizio sia in linea con le aspettative del paziente. Occorre inoltre sempre considerare che il settore pubblico vive la complessità aggiuntiva di una

governance multilivello (es. CUP regionale e aziendale), per cui questi canali di accesso sono spesso governati da istituzioni distinte con obiettivi non coincidenti, se non anche divergenti. Una gestione condivisa e con obiettivi comuni dei canali di accesso potrebbe generare valore per l'utente, specialmente se si adottassero logiche di piattaforma che facilitino lo scambio di informazioni tra gli attori coinvolti.

Anche nel settore sanitario si è iniziato a parlare di logiche di omnicanalità, ovvero la possibilità per l'utente di passare indifferentemente da un canale all'altro ritrovando sempre le stesse informazioni e gli step già percorsi dalla propria procedura di richiesta. Un tale paradigma è particolarmente sfidante, se si considera che il grado di integrazione tra canali di accesso è assente o minimo a causa di una struttura governata da logiche tradizionali: i canali e i database non sono quasi mai tra loro integrati, anche se gestiti formalmente dalla stessa istituzione. Si pensi per esempio alla odierna impossibilità di prenotare un contatto telefonico informativo in un determinato orario compilando un modulo sul portale del FSE.

A tutto questo si aggiungono, inoltre, delle difficoltà in termini di presentazione e comunicazione verso l'esterno. Non esiste un «marchio SSN», come avviene per il National Health Service britannico, e l'utente medio difficilmente collega il proprio MMG, la sua CdC di riferimento e il servizio di assistenza domiciliare locale. Il circolo vizioso è in moto: la mancanza di un *brand* unitario, anche agli occhi dei professionisti che erogano i servizi, riduce le possibilità di integrazione dei canali di accesso e della comunicazione; la frammentazione e mancata integrazione rendono più difficile la creazione di un *brand* unitario.

A questo si associano poi le difficoltà di comunicazione che caratterizzano spesso il settore pubblico italiano come è possibile approfondire con lo studio di AGENAS e Laboratorio MES sulla campagna vaccinale.

La comunicazione web delle Regioni sulla campagna vaccinale

In una recente ricerca, sviluppata dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, si è indagata la capacità delle Regioni di comunicare con i propri cittadini rispetto al Covid-19 e alla campagna vaccinale.

I risultati mostrano la profonda eterogeneità dei siti web dei Sistemi Sanitari Regionali, rispetto al funzionamento dell'accesso via web e al reperimento delle informazioni. Si pensi che in nove Regioni la comunicazione relativa al Covid-19 era considerata limitata o assente.

La ricerca ha prodotto anche un'analisi di leggibilità dei testi relativi alle vaccinazioni per il Covid-19, che consiste in uno studio della «complessità linguistica dei testi [elaborando...] il READ-IT Index [...] e la distribuzione delle parole contenute nel Nuovo Vocabolario di Base della Lingua Italiana», ovvero le parole più frequentemente utilizzate dalla persona media.

Per quanto riguarda l'indice READ-IT, i risultati mostrano una tendenza quasi omogenea a periodi complessi con numerose frasi subordinate. E sebbene il sistema sanitario debba fare i conti con una terminologia specialistica non sempre di comune utilizzo, l'analisi effettuata in confronto al Nuovo Vocabolario di Base conferma la variabilità già riscontrata e mostra una distanza notevole fra i siti di più

facile lettura (più del 70% di parole contenuto nel Vocabolario di Base nei testi di Molise, Sardegna, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia e Umbria) e quelli più complicati (meno del 55% nei testi di Liguria e Abruzzo). Occorre anche considerare che questa tecnica considera la soglia dell'80% per la comprensibilità di un testo da parte di una persona che ha abbandonato la scuola dopo la terza media.

L'offerta frammentata e complessa rende la competenza di orientamento del cittadino la variabile esplicativa per ricevere una risposta rapida e appropriata, spiegando rilevanti livelli di iniquità nell'accesso. Una parte dell'utenza riceve infatti prestazioni inappropriate perché ha raggiunto un setting erogativo sbagliato e/o viene reindirizzata dopo uno spreco generale di energie verso un servizio più appropriato.

Come sottolinea Borgonovi (2021) in *Management per la Salute*, la salute è un diritto fondamentale «a contenuto economico», che deve tenere conto di vincoli, economici e di altra natura, per il suo soddisfacimento. Il sistema di accesso può rispondere e applicare il dettato costituzionale (art. 32) che riconosce la salute come diritto fondamentale in maniera positiva, favorendo la selezione dei bisogni prioritari e indirizzando l'utenza verso risposte appropriate ed efficaci. Oppure, può anche operare contro il dettato costituzionale, quando il sistema di accesso riduce le possibilità di cura delle fasce di popolazione vulnerabili.

3.4 Il futuro dell'accesso ai servizi territoriali

Gli operatori a ogni livello possono ripensare e gestire le fasi di accesso come momento essenziale del servizio pubblico: un momento di ascolto del bisogno, di trasformazione in domanda, di orientamento nel sistema e verso l'erogazione del servizio, quando e se appropriata. Per questo, si delineano dapprima alcuni principi e poi i riferimenti operativi rispetto ai canali di accesso. La finalità è garantire un'esperienza positiva per gli utenti potenziali, che permetta loro di raggiungere rapidamente l'erogazione dei servizi e che contribuisca a migliorare l'equità del sistema.

3.4.1 Quali tipologie di accesso?

In ambito territoriale l'accesso presenta delle specificità rispetto ad altri settori o contesti. Esso può avvenire infatti secondo quattro modalità principali:

- su richiesta del cittadino, ovvero *on demand*;
- su segnalazione da parte di un punto della rete, per esempio dai servizi sociali, da una guardia medica o da un MMG, ovvero tramite *referral*;
- per transizione da un *setting* all'altro, come analizzato estensivamente nel Capitolo 7 relativo alle COT;

- tramite meccanismi di sanità di iniziativa, in cui il sistema contatta proattivamente l'utente, come descritto nel Capitolo 12 relativo alla Sanità di Iniziativa.

In tutti i casi, è necessario indagare le implicazioni per il disegno e la gestione dell'accesso.

3.4.2 Quali principi?

Il primo principio dell'accesso ai servizi territoriali dovrebbe essere l'omnicanalità. Un'esperienza omnicanales garantisce che il percorso dell'utente possa iniziare indifferentemente in canali diversi, ma che poi si svolga secondo logiche omogenee e, quando possibile, con la possibilità di muoversi da un canale all'altro all'interno del singolo percorso. In questo contesto ogni canale può comunque, anzi dovrebbe, avere una propria vocazione privilegiata, rispetto al target di utenti e alle funzioni da svolgere (informativa, orientativa, di screening ecc.). Naturalmente, non è possibile adottare questa logica senza prima avere operato una razionalizzazione dei canali esistenti.

Per essere realmente omnicanales, il sistema di accesso dovrebbe garantire sistemi informativi interoperabili e possibilmente un solo sistema di *Customer Relationship Management* (CRM), con un database che raccoglie le informazioni su tutte le interazioni tra sistema e singolo utente, inclusi, possibilmente, i loro esiti. L'omnicanalità non è soltanto un modo per migliorare l'esperienza dell'utente, ma aumenta grandemente la capacità di analisi e di governo della domanda, producendo un notevole ammontare di dati individuali. Proseguendo in questa logica diventa quindi determinante permettere al digitale di diventare *enabler* ed *enhancer* del rapporto cliente-paziente e struttura di riferimento in ambito sanitario. La dimensione di *enabler*, ossia «attivatore», sottolinea la necessità di maggiore utilizzo delle tecnologie e piattaforme virtuali per una continua raccolta di dati e informazioni sui pazienti che possano essere fruibili in tempo reale da ciascuno stakeholder coinvolto nel sistema. La dimensione di *enhancer* fa invece riferimento alla capacità di ampliare la creazione di valore per un utente facendo leva su questa enorme mole di dati. Non si tratta solo di dati rispetto a ogni singolo accesso, per esempio il numero totale delle chiamate ricevute da un numero e la loro categorizzazione, ma anche della possibilità di tracciare i percorsi degli utenti all'interno del sistema, associando a un accesso gli eventuali contatti di follow-up e gli esiti finali. Si tratta dunque di uno straordinario strumento di *Population Health Management*, se applicato a livello di sistema.

Il sistema deve garantire omogeneità. Tutte le interazioni che portano a una richiesta dovrebbero essere ricondotte a una gestione unitaria, per garantire un triage omogeneo, a prescindere dal canale attivato. Una richiesta arrivata via e-mail o via telefono, oppure ancora in presenza, dovrebbe rispettare i medesimi

standard di risposta in termini di contenuti e di eventuale prosecuzione del percorso dell'utente. Per fare questo le aziende dovrebbero dotarsi di sistemi di standardizzazione dei cluster di utenti e della risposta tipo (cioè sistemi di *knowledge management* che permettano una conoscenza omogenea dell'offerta dei servizi a tutti i punti di accesso della rete) e di correlati metodi di valutazione del bisogno omogenei.

Il sistema dovrebbe operare una categorizzazione degli utenti sulla base dei bisogni nella fase di accesso ai servizi. La logica delle *personas* sopra citata va proprio in questa direzione. Alcuni utenti hanno una domanda chiara, poiché già in grado di trasformare il bisogno, altri devono essere supportati in questo passaggio, altri provengono da setting dai quali devono transitare verso altre forme di assistenza e sono quindi inseriti in dei percorsi obbligati, altri sono in un circolo di accesso ed erogazione reiterati. La categorizzazione degli utenti non può prescindere da un'analisi estesa dell'utenza di riferimento, attraverso i dati raccolti o strutturando appositi sistemi di monitoraggio. Un aspetto particolarmente sfidante per il sistema è l'associazione a queste categorie di utenti, incrociando anche le caratteristiche sociodemografiche, di linguaggi e messaggi diversi. Il sistema dovrebbe prevedere contenuti identici ma forme e metriche di comunicazione diverse se, per esempio, si interfaccia con una persona poco scolarizzata o con una persona con una laurea.

Il sistema dovrebbe migliorare la chiarezza sul perimetro dell'offerta, ovvero definire verso quali punti del sistema è possibile indirizzare gli utenti realisticamente a fronte della *capacity* di risposta disponibile. Si intende, cioè, di definire in modo chiaro cosa rientra nel sistema di offerta e cosa invece no, attraverso una funzione di ricomposizione dei diversi servizi, al fine di restituire all'utenza una panoramica quanto più completa e veritiera possibile del portafoglio dei servizi disponibili. Per esempio, in molte esperienze di CdC, la presenza dei servizi sociali garantisce la possibilità di indirizzare gli utenti verso il sistema dell'assistenza sociale, gestita dai Comuni, oppure in altri casi verso enti selezionati privati o del terzo settore, accreditati o no. Come sottolinea Borgonovi, «l'offerta territoriale presenta sovente rischi di sovrapposizioni, carenze di servizi e non chiarezza di responsabilità».

Il sistema dovrebbe infine garantire una definizione chiara di ruoli e responsabilità nella gestione dei canali, possibilmente individuando una funzione aziendale per la gestione unitaria dei canali di accesso e di triage. A questa funzione dovrebbero essere attribuite anche figure professionali con un background in area marketing e comunicazione che abbiano a cuore il disegno di esperienze cliente-paziente-centriche e che ricerchino una progettazione di valore basata sull'empatia con l'audience target. Istituire un team preposto a queste attività contribuisce a dare un messaggio chiaro all'interno dell'azienda. Dato che la fase di accesso è determinante per assicurare o meno l'equità nell'utilizzo dei servizi, non è possibile delegarla completamente alle competenze degli utenti

ma, al contrario, è necessario gestirla con obiettivi chiari, professionalità adeguate e sistemi di monitoraggio che permettano la valutazione e il continuo miglioramento.

3.4.3 Quali canali di accesso?

Il sistema dovrebbe strategicamente definire le vocazioni dei canali già esistenti e in via di strutturazione o ricomposizione (per esempio, il passaggio da molteplici e-mail o numeri telefonici a una sola e-mail o numero telefonico centrale di Distretto o aziendale). I canali dovrebbero permettere di raggiungere tutti i potenziali utenti e quindi coprire tutte le principali modalità di contatto, sia quando l'iniziativa proviene dal sistema, sia quando proviene dall'utente.

Per quanto riguarda i canali di accesso in cui è l'utente a effettuare un accesso autonomo, distinguiamo canali digitali, telefonici e fisici.

In primis, l'accesso digitale. Quando si parla di servizi *digital first* non si deve intendere un'abdicazione del ruolo fondamentale del servizio di «persone per persone», quanto piuttosto una modalità per raggiungere platee ampie altrimenti irraggiungibili e di indirizzare con il minimo sforzo coloro che possono usufruirne. Il sistema di accesso ha nel FSE un perno fondamentale, in cui i pazienti-utenti, specialmente se già presi in carico, devono poter risolvere in autonomia tutte le esigenze standard. Oltre a poter visualizzare e scaricare gli esami sostenuti, l'FSE dovrebbe garantire la possibilità di visualizzare le ricette emesse, prenotare le visite associate, svolgere le operazioni amministrative necessarie (es. esenzioni, scelta e revoca MMG, suggestioni agli URP ecc.). Dovrebbe anche essere un canale con cui il paziente riceve prioritariamente le comunicazioni del sistema e con cui tenere traccia dei contatti avuti con il sistema (messaggi inviati e ricevuti, chiamate effettuate ecc.). Accanto al FSE, esistono numerosi siti di difficile aggiornamento e navigazione. Le aziende dovrebbero ridurre il numero di siti di accesso ai servizi e di pagine presenti al loro interno, favorendo metodi di aggiornamento semi-automatico delle informazioni presenti. L'uso sistematico del FSE da parte dei cittadini, in particolare, è facilmente incentivabile comunicando tramite messaggi (sms, WhatsApp o simili) all'utente la presenza di una comunicazione rilevante e rendendo li disponibili le più richieste procedure amministrative (come la «Scelta e Revoca»).

Il numero 116.117 dovrebbe, nelle idee del legislatore, costituire un punto unico di accesso telefonico per tutte le esigenze connesse ai servizi sanitari territoriali. A oggi, le esperienze avviate sono particolarmente eterogenee e mostrano la difficoltà a inquadrare questo numero all'interno del panorama esistente. Il numero unico dovrebbe nel tempo sostituire tutti i numeri di contatto esistenti per l'accesso. Un canale di questo tipo potrebbe rivolgersi a persone con richieste generiche e che non hanno ancora trasformato il proprio bisogno in domanda, ma anche a coloro che necessitano di servizi specifici di continuità assistenziale notturna o festiva, operando anche come forma di riduzione degli

accessi a tutta la filiera dei servizi, dai *front office* amministrativi al PS. Anche gli indirizzi e-mail dovrebbero ridursi, affiancando al 116.117 un *tool* di raccolta delle richieste via e-mail o via *webform*. A oggi, numerosi supporti tecnologici permettono la catalogazione automatica o semi-automatica delle richieste, recapitando la richiesta immediatamente all'ufficio più adatto. Canali di questo tipo prevedono tempi di risposta leggermente più lunghi di un contatto telefonico, ma permettono all'utente di accedere in ogni orario e di poter leggere la risposta comodamente in modo asincrono.

Il sistema non dovrebbe limitarsi ai canali digitali «tradizionali», ma si potrebbe spingere a sperimentare, con le dovute accortezze anche legali, l'utilizzo di sistemi quali WhatsApp, Telegram, o Facebook Messenger, come già avviene per molte imprese private. L'obiettivo è permettere al cittadino di comunicare il più facilmente possibile e con i mezzi che gli sono più congeniali, magari indirizzando l'utente nel punto di accesso più adeguato. Si pensi, per esempio, alle app di prenotazione delle prestazioni o alle app informative, ma anche all'universo in continua espansione delle app di supporto all'autocura dei pazienti.

L'accesso fisico, che dovrebbe essere concretizzabile nei PUA, dovrebbe rappresentare una via d'accesso residuale per il primo contatto e dovrebbe essere riservato a casi complessi e accessi di II livello. È certamente importante che cittadini poco avvezzi alle tecnologie digitali o che hanno bisogno di un contatto personale e fisico con i servizi possano accedervi. L'accesso fisico dovrebbe contemplare la possibilità di prenotare contestualmente la visita o la prestazione richiesta, grazie alla presenza di figure professionali adeguate e a orari di apertura estesi.

Quando è il sistema proattivamente a incentivare l'accesso dell'utente, riconoscendo il bisogno di salute prima che esso sia chiaro all'utente stesso, distinguiamo l'accesso per sanità di iniziativa, per reclutamento comunitario, per transizione tra setting e servizi diversi.

3.4.4 *Da dove si inizia?*

Il *change management* relativo all'esperienza di accesso degli utenti dovrebbe iniziare da un'analisi composta di tre passaggi. *In primis*, occorrerebbe mappare i canali di accesso esistenti, come siti web, numeri telefonici, punti di accesso fisici e indirizzi e-mail. Sebbene sia fondamentale partire da quelli che dovrebbero essere canali d'accesso, non bisogna eliminare pregiudizialmente quelli che non dovrebbero o non sembrerebbero canali di accesso. Se un numero di utenti, pur piccolo, prova a entrare in contatto con i servizi, per esempio, scrivendo al direttore di Distretto, questo canale improprio merita di essere incluso nell'analisi.

Occorrerebbe poi raccogliere i dati sull'accesso per ognuno di questi canali, comprendendo a quali e quanti utenti target si rivolgono. Si potrebbe così scoprire, per esempio, che alcuni canali sono poco utilizzati o rispondono poco alle

aspettative aziendali. A questo punto si potrebbe definire il profilo dell'utente tipo che accede a un determinato servizio tramite uno specifico canale.

Infine, sono necessarie analisi qualitative dell'esperienza dell'utente, che includano un confronto tra il percorso atteso da parte dell'utente e quello che l'utente si trova effettivamente a compiere. A questo fine, si riscontrano operazioni di *mystery user*, in cui personale ingaggiato dall'azienda sperimenta in incognito l'accesso ai servizi, o anche analisi di tipo campionario sugli utenti, sia in forma di sondaggio sia di interviste. È fondamentale raccogliere la ricchezza delle interazioni con gli utenti e quindi espandere il più possibile le basi dati di partenza.

3.5 Conclusioni

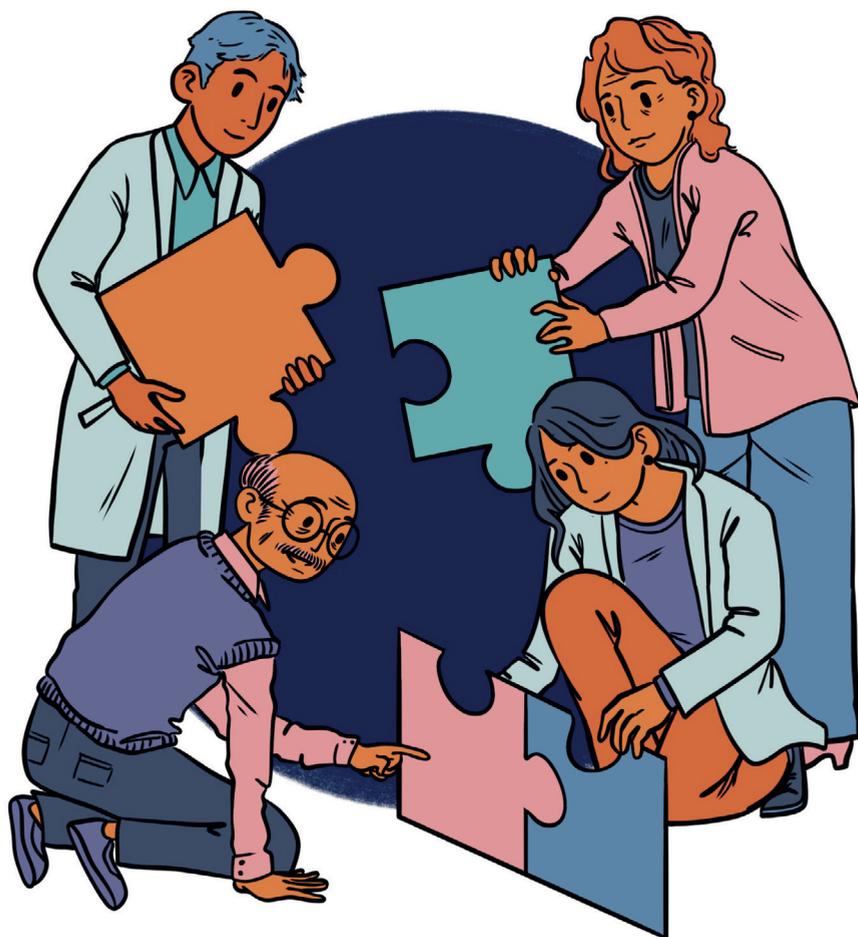
I soggetti cronici mantengono la propria condizione fino alla morte, per un numero mediamente molto alto di anni. Se le logiche di presa in carico della cronicità fossero applicate pedissequamente e coprissero tutta la popolazione cronica, questo capitolo non avrebbe quasi ragion d'essere, poiché il servizio di presa in carico eviterebbe gran parte delle necessità relative all'accesso per la popolazione cronica. Eppure, ogni anno nuove persone si cronicizzano, a fronte di una serie di problematiche, tra cui una quota maggioritaria della popolazione cronica che non è presa in carico, un sistema ancora in divenire per la gestione della presa in carico e le tematiche inerenti ai nuovi accessi relativi ai cambiamenti di stadio. Resta infine anche una parte di servizi territoriali che si rivolgono a bisogni episodici e transeunti. Serve dunque che tutti gli attori del sistema lavorino per ridurre le barriere all'accesso e strategicamente ripensino il modo con cui interagiscono con l'utenza ancora prima dell'erogazione dei servizi, affinché la risposta del sistema non sia determinata da capacità, volontà e possibilità dei singoli, ma siano solo i loro bisogni di salute le determinanti della risposta.

4. Logiche e strumenti di community building

di *Angelica Zazzera*

Per iniziative di CB si intendono progettualità che vedono il coinvolgimento attivo della comunità attraverso la valorizzazione e l'integrazione delle reti sociali con i servizi di welfare formali. Queste iniziative mirano a influenzare positivamente le mappe cognitive e i comportamenti sociali relativi alla cura della salute delle persone, al fine di migliorare gli outcome sanitari e sociali. Le iniziative di CB rappresentano un ampio portafoglio di programmi sanitari e sociali; dal punto di vista del SSN e dei suoi attori istituzionali (Regioni e Aziende Sanitarie Locali), è quindi di fondamentale importanza comprendere come integrarle all'interno degli obiettivi di welfare istituzionale e guidarle efficacemente. A questo scopo, nel presente capitolo si propone un approfondimento su come analizzare e sviluppare le iniziative di CB e gestire il cambiamento necessario ad adottarle. Inoltre, si propongono esempi di iniziative di CB tratti dal contesto nazionale e internazionale.

CB initiatives involves the active involvement of the community in formal welfare services, through the enhancement and integration of social networks. These initiatives aim to positively influence people's cognitive maps and social and health care behaviors to improve health and social outcomes. CB initiatives include a broad portfolio of health and social programs; therefore, from the point of view of the NHS and its institutional actors (Regions and Local Health Authorities) it is important to understand how to integrate them with welfare objectives and manage them effectively. To this end, this chapter proposes an in-depth analysis of how to analyze and develop CB initiatives and manage their adoption. The chapter also proposes examples of CB initiatives from the national and international context.



L'unione fa la forza

4.1 Community Building e reti sociali

4.1.1 Cosa si intende per Community Building

Il ruolo del SSN si è focalizzato tradizionalmente sulla produzione (diretta e non) di servizi sanitari tuttavia, negli ultimi decenni, si è progressivamente affermata una visione più allargata di tutela della salute della popolazione in tutte le sue determinanti e sul contributo che, in generale, la sanità può offrire al benessere della collettività. L'orientamento più generale alla tutela della salute rispetto alla produzione di servizi sanitari pone una forte enfasi sulla necessità di promuovere comportamenti socialmente desiderabili da parte di utenti e altri soggetti pubblici e privati, tramite politiche per la salute e gli interventi sulle determinanti della salute. Inoltre, si è assistito a un cambio di postura derivante dalle condizioni culturali della popolazione: da quella passiva e attendista tipica di una cultura e di stili di vita che non valorizzano la prevenzione e la responsabilità dei comportamenti individuali sulla salute delle persone, dell'ambiente e degli animali a una postura che invece si basa su questi elementi in un approccio più olistico. Questo cambio di prospettiva ha portato con sé anche la consapevolezza dell'importanza del coinvolgimento attivo della comunità nelle iniziative di promozione della salute, tramite l'utilizzo di logiche di Community Building (CB) nella programmazione dei servizi sanitari del SSN. Le iniziative basate sul coinvolgimento della comunità sono state spesso poco comprese e tendono a essere ai margini della pratica tradizionale, che è stata ampiamente dominata da soluzioni guidate da professionisti (South, 2015) basate su servizi a domanda individuale. Tuttavia, sfruttare l'«energia rinnovabile» delle comunità non è più un «extra discrezionale», ma è invece la chiave per la sostenibilità dei servizi sanitari e sociali (Maruthappu, 2014).

Per iniziative di CB si intendono progettualità che vedono il coinvolgimento attivo della comunità attraverso la valorizzazione e l'integrazione delle sue reti sociali con servizi di welfare formali. Queste iniziative mirano a influenzare positivamente le mappe cognitive e i comportamenti relativi alla cura della propria salute e sociali delle persone, al fine ultimo di migliorarne gli outcome sanitari e sociali. Questi obiettivi vengono perseguiti lavorando con la comunità e soprattutto con le reti sociali che esistono al suo interno tramite la promozione di aggregazione sociale, lo sviluppo di processi di autosostegno all'interno dei gruppi sociali, favorendo la co-progettazione dei servizi e la partecipazione a processi valutativi. La logica del CB si propone di sperimentare forme di coinvolgimento attivo di attori di natura diversa (enti pubblici e privati, singoli cittadini, enti del terzo settore ecc.), volte a innovare le politiche pubbliche e favorire processi di partecipazione collettiva. L'approccio del CB si caratterizza per la ricerca di modalità concrete di sviluppo di una cultura sociale e individuale della salute, costruendo responsabilità e protagonismo sia delle persone sia della comunità in generale.

Esistono differenze fondamentali tra le iniziative di CB e quelle dei servizi sanitari e sociali tradizionali. In primo luogo, il CB si concentra sulle determinanti di salute con un focus sulla promozione della salute piuttosto che sulla cura delle malattie e sull'eliminazione dei divari sociali. In secondo luogo, il CB nel progettare gli interventi di salute si focalizza su gruppi, reti di persone e comunità, ma non sui singoli individui in quanto portatori di bisogni. In terzo luogo, le risorse individuali e comunitarie sono sfruttate come input complementari a quelli del sistema di welfare formale, arricchendo le energie globali disponibili e sviluppando l'*empowerment* e la consapevolezza individuale e comunitaria (Hogg e Varda, 2016). Gli approcci basati sulla comunità stanno ricevendo una crescente attenzione in quanto le comunità offrono l'infrastruttura per un'efficace condivisione delle conoscenze e un potente strumento per influenzare i comportamenti (Greenhalgh *et al.*, 2010). Come sottolinea in un recente report l'OMS (2020) «ovunque ci sia bisogno di informare, consultare, coinvolgere, collaborare o responsabilizzare le persone per migliorare la salute e le sue determinanti, i principi e gli approcci di coinvolgimento della comunità sono utili». La letteratura che studia le modalità di coinvolgimento della comunità suggerisce che più i membri di essa sono stati supportati, essendo coinvolti nella progettazione, sviluppo e implementazione di attività per migliorare le loro vite (per esempio, implementando logiche di coproduzione o assumendo potere decisionale), più è probabile che la loro salute e il loro benessere possano migliorare e le disuguaglianze sanitarie diminuiscano (Popay *et al.*, 2007). Livelli migliori di coesione sociale, di accesso al supporto sociale informale e formale e di capitale sociale sono i risultati fondamentali delle iniziative di CB (Merzel e D'Afflitti, 2003). In questo senso, il potenziale più significativo delle iniziative di CB è quello di migliorare la qualità della vita della comunità, che può emergere dall'impegno con le comunità in un processo di cambiamento sociale in corso, considerando sia i comportamenti individuali che le relazioni delle reti sociali presenti al suo interno (Merzel e D'Afflitti, 2003).

Dal punto di vista del SSN e dei suoi attori istituzionali (Regioni e Aziende Sanitarie Locali), è di fondamentale importanza comprendere come implementare le logiche di CB, ovvero come queste possono essere guidate e promosse. A questo scopo, nel presente capitolo si propone una prima definizione di che cosa si intende per comunità, seguita da un approfondimento su come analizzare le iniziative di Community Building. Nel paragrafo 4.2 si offre una panoramica in modalità comparativa delle principali iniziative di CB attualmente attive in Italia e nel Regno Unito, frutto di un lavoro di mappatura pubblicato da Longo *et al.* (2023). Il paragrafo 4.3 ha lo scopo di fornire alcune indicazioni su come sviluppare le iniziative di CB, ovvero come selezionare il target, il territorio, le reti sociali da coinvolgere, il modello di governance e gli

strumenti di misurazione. Nel paragrafo 4.4 si approfondisce il tema della gestione del cambiamento necessario ad adottare il CB. Infine, il paragrafo 4.5 mostra alcuni esempi di iniziative di CB.

4.1.2 *La comunità come insieme di reti sociali*

Per comprendere come lavorare con la comunità, è utile pensare alla stessa come un sistema di reti sociali che interagiscono tra loro. Le reti sociali sono gruppi di persone interconnesse attraverso legami sociali di varia natura e intensità. Questi legami possono essere basati sulla conoscenza casuale, sui rapporti di lavoro, sui vincoli familiari o su specifici interessi o esperienze in comune. La partecipazione a una rete sociale può far sentire i membri parte di un gruppo sociale, facilitando l'identificazione reciproca. Secondo la prospettiva sociologica, la rete sociale è l'insieme delle relazioni tra individui che definiscono il loro contesto e che possono spiegare i comportamenti dei membri all'interno di quella rete (Wellman e Berkowitz, 1988).

Le reti sociali possono avere diversi gradi di formalizzazione e consapevolezza. Alcune reti sono informali e hanno un basso livello di consapevolezza, come per esempio i frequentatori abituali di un luogo o i genitori di una scuola, mentre altre sono informali ma con un'attiva partecipazione consapevole, come i gruppi di volontariato o le reti della parrocchia. Queste reti sono caratterizzate da un buon livello di spontaneità, e risultano più difficili da identificare dall'esterno, in quanto sono basate su legami personali o relazioni implicite sviluppate attraverso interazioni dirette o a distanza. Sotto questo punto di vista è invece più semplice tracciare le reti formali, che sono caratterizzate da una struttura organizzativa molto riconoscibile e da documenti formali che ne definiscono gli obiettivi e i settori di intervento, i meccanismi di *governance*, i ruoli e le responsabilità (Bonciani, 2021).

Oltre a essere definite come formali o informali, le reti sociali possono avere altre caratteristiche distintive che riguardano: 1) la tipologia di relazioni tra i nodi della rete; 2) le finalità perseguite; 3) le logiche applicate; 4) le dimensioni della rete (numero dei componenti); 5) la tipologia di connessione; 6) il rapporto con l'ambiente esterno; 7) il rapporto con le istituzioni (Bonciani, 2021). Per esempio, alcune reti sociali si caratterizzano per relazioni paritarie, dove gli individui hanno interazioni orizzontali senza particolari differenze di potere o autorità, mentre altre sono di tipo gerarchico, anche se non necessariamente formalmente strutturate. Inoltre, anche all'interno di reti informali, può esserci una forte leadership che influenza le relazioni in modo centralizzato e con modalità di comunicazione e decisionali verticali. Le finalità di alcune reti sociali si possono concentrare sul sostegno dei membri interni, come nel caso di un'associazione di pazienti, mentre altre sono focalizzate sul sostegno a soggetti esterni, come nel caso dei gruppi di volontariato. Inoltre, le reti sociali possono funzionare tramite meccanismi di sostegno e aiuto reciproco, che in alcuni casi

prevedono logiche redistributive per ripartire le risorse tra i membri, o tramite logiche di scambio equo. Un altro modo per distinguere le reti sociali è attraverso il loro dimensionamento, che può essere ridotto nel caso di reti locali radicate in un territorio specifico, o più ampio nel caso di reti che rappresentano raggruppamenti di livello più ampio. Inoltre, le reti sociali possono basarsi su relazioni dirette o sull'utilizzo di strumenti di connessione digitale. Le reti sociali possono essere aperte verso l'esterno e desiderose di ampliarsi, oppure chiuse e autonome. Un ultimo aspetto da considerare riguarda il rapporto che le reti sociali hanno con le istituzioni, che può essere di attenzione e disponibilità al dialogo e alla collaborazione o di autonomia e, in alcuni casi, di sfiducia o ostilità (Bonciani, 2021). Comprendere le caratteristiche delle reti sociali formali e informali è fondamentale per chiunque voglia coinvolgerle in un'iniziativa di CB, in quanto le differenze delle reti rendono necessari approcci relazionali e di guida diversi, il che implica che la componente pubblica possieda un portafoglio diversificato di competenze comunicative e di integrazione.

4.2 Come analizzare le iniziative di Community Building: promotore, obiettivi, target e incentivi alle reti

Per comprendere come implementare le logiche di CB, ovvero come queste possono essere guidate e promosse dal punto di vista dell'autorità pubblica, è necessario conoscere e saper analizzare le diverse tipologie di iniziative di CB. Infatti, la collaborazione tra la PA e le reti sociali che compongono una comunità può essere orientata al raggiungimento di una molteplicità di obiettivi, dalla promozione della salute, all'erogazione dei servizi, fino alla valutazione e al monitoraggio degli stessi. Oltre al tipo di obiettivi e attività svolte nelle iniziative di CB, per poterle decifrare occorre identificare la tipologia dell'attore che promuove l'iniziativa e i meccanismi di collaborazione che si instaurano tra la PA e le reti sociali. Riassumendo, le iniziative di CB possono essere lette analizzando tre elementi: 1) il soggetto promotore; 2) i principali obiettivi e soggetti target delle iniziative; 3) il tipo di scambio che avviene tra la PA e le reti sociali. Di seguito, si propone una breve sintesi di ciascuno di questi elementi.

4.2.1 Il soggetto promotore delle iniziative di CB

Il soggetto promotore si riferisce all'attore che guida il processo e progetta l'iniziativa di CB, definendo gli altri attori da coinvolgere. La natura del soggetto promotore condiziona il tipo di iniziativa che si andrà a creare. In particolare, le iniziative di CB possono nascere sia grazie alla spinta di un ente pubblico (SSN o enti locali), e in questo caso le reti sociali sono coinvolte in un secondo momento, sia da un'organizzazione professionale senza scopo di lucro, da un gruppo di volontari non professionisti, o da un gruppo di pazienti (Hogg e Varda, 2016). Il promotore può essere anche un privato che lavora in stretta

collaborazione con la PA in un partenariato pubblico-privato (gli ospedali, le ASL, le amministrazioni locali e le organizzazioni del terzo settore). Si delineano pertanto due tipologie di approcci legati a chi è il soggetto promotore delle iniziative di CB:

- *approccio istituzionale*: il promotore è rappresentato da un ente pubblico (Aziende Sanitarie, Enti Locali);
- *approccio partecipativo*: il promotore non è un ente pubblico ma un ente del terzo settore (come organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale ecc.). Nel caso si tratti di un ente del terzo settore, rileva individuare se nelle iniziative di CB attivate i soggetti dell'ente che sono coinvolti sono principalmente professionisti (ovvero dipendenti dell'ente) o volontari. Ancora, i volontari potrebbero essere cittadini, utenti o membri della comunità oppure pari (*peers*). Per *peers* si intendono soggetti che sono attivi nell'iniziativa di CB rivolta a persone con le stesse caratteristiche sanitarie e/o sociali. Per esempio, un'iniziativa in cui persone affette da una patologia cronica supportano altre persone con la stessa patologia nell'educazione alla somministrazione della terapia è da intendere come un'iniziativa con approccio partecipativo tra pari. Un'iniziativa in cui un'associazione organizza incontri tra giovani volontari e anziani soli è esempio di approccio partecipativo di tipo volontario. Un'iniziativa promossa da un ente del terzo settore che lavora sulla grave marginalità con personale medico assunto dall'ente stesso ha un approccio partecipativo professionale.

4.2.2 Obiettivi e target delle iniziative di CB

Dopo aver compreso chi è il promotore delle iniziative, il secondo passaggio logico per comprendere le iniziative di CB riguarda l'identificazione degli obiettivi principali e dei gruppi di persone a cui sono rivolte.

Le iniziative di CB possono avere molteplici obiettivi, riassumibili in (Longo *et al.*, 2023):

- promuovere l'equità e la facilità di accesso ai servizi sociosanitari come risultato di un miglior monitoraggio delle condizioni di salute della comunità e della sua fragilità;
- migliorare l'aderenza alle terapie e l'assunzione di corretti stili di vita, sia tramite la promozione di processi di co-produzione sia tramite attività che mirano a supportare psicologicamente i pazienti con condizioni croniche favorendo il self-empowerment;

- collaborare all'erogazione di servizi socio-sanitari, per esempio per quanto riguarda la distribuzione di farmaci e dispositivi medici o prestazioni;
- fare educazione sanitaria tramite programmi di promozione della salute e di promozione dell'alfabetizzazione sanitaria;
- integrare i servizi sanitari e sociali, per esempio con iniziative che offrono trasporto o accompagnamento ai servizi oppure supporto sociale ai pazienti;
- promuovere la partecipazione dei cittadini tramite iniziative di monitoraggio, audit e design partecipativo dei servizi;
- promuovere le reti sociali, sia tramite spazi e piattaforme che aiutano la creazione di relazioni e contatti, sia tramite la diffusione di stili di vita condivisi e collaborativi.

Queste iniziative si possono rivolgere a diversi target di popolazione che vanno dalla comunità generale a gruppi di popolazione con bisogni specifici sociali o sanitari. Longo *et al.* (2023) hanno individuato dieci categorie che possono rappresentare i target delle iniziative di CB (il tema della selezione dei target di CB viene approfondito nel paragrafo 4.4.1.1):

- persone con patologie croniche;
- persone anziane e sole;
- persone anziane con fragilità sociosanitaria;
- persone anziane non autosufficienti;
- persone affette da problematiche legate alla salute mentale e alle dipendenze;
- persone con disabilità;
- persone e famiglie in condizioni di povertà;
- minori;
- persone che necessitano di cure palliative;
- comunità in generale.

4.2.3 Il supporto degli enti pubblici alle reti sociali

Un ulteriore elemento per valutare e progettare le iniziative di CB riguarda il tipo di scambio che avviene tra la pubblica amministrazione (PA) e le reti sociali nell'ambito delle iniziative di CB. Il soggetto pubblico può offrire alle reti sociali della comunità una serie di incentivi per creare forme di collaborazione, tra cui (CDC, 2011):

- fornire riconoscimento sociale o istituzionale;

- offrire strutture pubbliche gratuitamente;
- offrire risorse umane o finanziarie;
- promuovere le reti sociali per favorire l'attrazione di nuovi membri;
- integrare formalmente le azioni e i servizi delle reti sociali con i servizi pubblici;
- offrire formazione ai volontari o ai gruppi di pazienti;
- sostenere le interazioni sociali tra i membri della rete (Edelenbos *et al.*, 2018).

Alcuni di questi incentivi sono strumenti tradizionali dell'azione pubblica, altri sono innovativi. Dalla prospettiva della PA, si tratta di individuare e comunicare alla rete sociale quali sono i suoi vantaggi nel collaborare alle iniziative di CB, ovvero che cosa la PA può offrire alle reti nell'instaurata collaborazione. Nel paragrafo 4.4.1.3 si approfondisce ulteriormente il tema delle relazioni tra PA e reti sociali.

4.3 La diffusione del Community Building: esperienze dall'Italia e dal Regno Unito

Da una mappatura e comparazione delle principali esperienze di CB diffuse in Italia e nel Regno Unito svolta da Longo *et al.* (2023) è possibile comprendere le caratteristiche delle iniziative di CB per quanto riguarda il soggetto promotore, gli obiettivi perseguiti, i target delle iniziative e gli incentivi dati dalla PA alle reti sociali. Di seguito vengono presentati sinteticamente i risultati della mappatura, che offrono una prima fotografia della situazione attuale di sviluppo del CB, in un confronto tra due Paesi con un servizio sanitario pubblico basato sulla tassazione generale (modello Beveridge) gestito a livello locale con un forte ruolo delle Aziende Sanitarie nella funzione di programmazione e del terzo settore nella gestione dei servizi sociali. I risultati presentano le caratteristiche di 79 casi di CB, di cui 39 italiani e 40 inglesi.

In primo luogo, i risultati del confronto internazionale sul soggetto promotore delle iniziative di CB riportati nella Tabella 4.1, mostrano come in Italia il ruolo di promotore sia ampiamente ricoperto dalle PA (74%, 29 casi su 39), mentre nel Regno Unito, sebbene gli enti pubblici rimangano un promotore frequente (16 casi su 40), la percentuale è notevolmente inferiore (40%). In entrambi i casi, gli enti del terzo settore con componente professionale prevalente sono il secondo promotore (21% in Italia; 28% nel Regno Unito), a parte due eccezioni nel Regno Unito dove sono state identificate due organizzazioni a scopo di lucro. A differenza del Regno Unito, in Italia ci sono pochissimi enti costituiti principalmente da volontari e pari che agiscono come promotori, in quanto spesso vengono coinvolti solo in un secondo momento nelle iniziative di CB. Come si evince dalle tabelle successive, la natura dei promotori è la più grande differenza che emerge dal confronto tra i due Paesi. Nel Regno Unito

sono state identificate più iniziative di natura filantropica, mentre in Italia spopolano quelle di matrice pubblica. Ciò evidenzia i diversi focus dei Paesi: il Regno Unito è più orientato all'assistenza sociale, mentre l'Italia è più orientata all'assistenza sanitaria.

Tabella 4.1 Confronto Italia-Regno Unito tra i soggetti promotori delle iniziative di CB

Paese	PROMOTORE DELLE INIZIATIVE DI CB				Totale per Paese
	Istituzione Pubblica	Enti del terzo settore (Professionisti)	Enti del terzo settore (Volontari)	Enti del terzo settore (Pari)	
Regno Unito	16	11	5	8	40
Italia	29	8	2	0	39
	45	19	7	8	79

Fonte: riadattato da Longo *et al.*, 2023

In secondo luogo, il confronto ha riportato differenze interessanti anche per quanto riguarda gli obiettivi e i target delle iniziative di CB, i cui dettagli sono riportati rispettivamente nelle Tabelle 4.2 e 4.3. Si precisa che per analizzare gli obiettivi delle 79 iniziative di CB sono stati analizzati sia l'obiettivo principale dell'iniziativa sia gli eventuali obiettivi accessori. I risultati mostrano che la maggior parte delle iniziative di CB del Regno Unito punta a sviluppare programmi di promozione della salute (25% dei casi), supportare la partecipazione dei cittadini tramite il co-design dei servizi (15%), promuovere piattaforme che facilitano contatti e sviluppo di relazioni sociali (13%), favorire la co-produzione degli utenti (10%) e monitorare le condizioni di salute della comunità (8%). Anche in Italia il CB viene principalmente utilizzato per la promozione della salute (18%), ma anche nei programmi di welfare di iniziativa (15%), per il monitoraggio delle condizioni di salute della comunità e della sua fragilità (13%) e nel supporto e creazione di piattaforme di contatto e relazione sociale (13%). In entrambi i Paesi emerge chiaramente come alcuni obiettivi e attività non siano prioritari nei programmi di CB; è il caso del supporto all'erogazione dei servizi, delle attività di monitoraggio partecipativo dei servizi e delle attività di trasporto e accompagnamento degli utenti ai servizi. Una differenza che si può notare è che, diversamente da quanto avviene nel Regno Unito, in Italia il co-design dei servizi non è un'attività prioritaria. D'altra parte, la promozione di stili di vita collaborativi e il supporto all'erogazione dei trattamenti appaiono essere importanti nel contesto italiano ma non nel Regno Unito.

Tabella 4.2 Confronto Italia-Regno Unito tra obiettivi e attività delle iniziative di CB

Obiettivi	Attività	Paese	N.	Totale (attività)	Totale (Obiettivo)
Equità di accesso	Monitoraggio della comunità	UK ITA	3 5	8	15
	Programmi di welfare di iniziativa	UK ITA	1 6	7	
Supporto all'aderenza	Supporto alla co-produzione	UK ITA	4 3	7	12
	Supporto psicologico	UK ITA	4 1	5	
Supporto all'erogazione dei servizi	Farmaci e dispositivi	UK ITA	0 0	0	3
	Terapie/prestazioni	UK ITA	0 3	3	
Educazione sanitaria	Alfabetizzazione sanitaria	UK ITA	2 2	4	21
	Programmi di promozione sanitaria	UK ITA	10 7	17	
Integrazione socio-sanitaria	Trasporto e accompagnamento dei pazienti	UK ITA	0 0	0	5
	Supporto sociale ai pazienti	UK ITA	3 2	5	
Partecipazione ai servizi	Monitoraggio sei servizi	UK ITA	1 0	1	10
	Auditing dei servizi	UK ITA	1 2	3	
	Design dei servizi	UK ITA	6 0	6	
Supporto alle relazioni sociali	Piattaforme per relazioni e reti sociali	UK ITA	5 5	10	13
	Stili di vita collaborativi	UK ITA	0 3	3	
Totale			79	79	79

Fonte: riadattato da Longo *et al.*, 2023

Le iniziative di CB sono multi-target sia in Italia sia nel Regno Unito. Questo rappresenta una complessità sia nella progettazione dell'intervento sia nel coinvolgimento delle possibili reti. Come mostrato nella Tabella 4.3, i target del CB nel Regno Unito e in Italia sembrano differire in base alle priorità delle politiche sociali e sanitarie di ciascun Paese e conseguentemente agli obiettivi sopra descritti. Nel caso del Regno Unito, i target principali sono in linea con gli obiettivi del CB: la comunità nel suo complesso (14 casi), le famiglie e le persone che vivono in condizioni di povertà (13 casi). In Italia invece il target predominante sono gli anziani fragili (12 casi), seguiti dai pazienti con patologie croniche (8 casi), da famiglie e persone che vivono in condizioni di povertà (7 casi). Questi risultati mostrano come i target principali nel Regno Unito siano legati a questioni sociali (questo spiegherebbe perché solo poche iniziative di CB sono rivolte agli anziani fragili o ai pazienti con patologie croniche) mentre in Italia i target sono influenzati maggiormente dalle priorità delle politiche sanitarie determinate dalle sfide epidemiologiche. Inoltre, i target più frequenti sono distribuiti proporzionalmente rispetto ai vari obiettivi del CB; tuttavia alcune attività sembrano specifiche per alcuni target. È questo il caso dei programmi di welfare di iniziativa per garantire equità di accesso e le attività di supporto psicologico, che sono rivolti in particolare alle persone con difficoltà economiche e alle persone con problemi di salute mentale o dipendenze. Le attività di supporto sociale vengono dedicate più spesso a pazienti psichiatrici o tossicodipendenti, anziani fragili, persone non autosufficienti e comunità in generale. Alcune iniziative di CB nel Regno Unito sono rivolte alle donne (giovani, in gravidanza o immigrate), mentre questo target non è presente nelle esperienze italiane.

Tabella 4.3 Confronto Italia-Regno Unito tra i target delle iniziative di CB

TARGET	UK	ITA	Totale
Persone con patologie croniche	1	8	9
Persone anziane sole	4	1	5
Persone anziane con fragilità sociosanitaria	3	12	15
Persone anziane non autosufficienti	5	2	7
Persone con problematiche di salute mentale e dipendenze	7	6	13
Persone con disabilità	2	3	5
Persone e famiglie in condizioni di povertà	13	7	20
Minori	2	4	6
Persone che necessitano di cure palliative	0	2	2
Comunità in generale	14	5	19
Altro	2	1	3
Totale	53	51	104

Fonte: riadattato da Longo *et al.*, 2023

Tabella 4.4 Confronto Italia-Regno Unito tra il tipo di supporto della PA alle reti sociali nelle iniziative di CB

SUPPORTO DELLA PA ALLE RETI SOCIALI	Paese	Totale Paese	Totale
Riconoscimento sociale o istituzionale	UK	5	11
	ITA	6	
Strutture/spazi pubblici	UK	1	4
	ITA	3	
Risorse umane o finanziarie	UK	8	20
	ITA	12	
Promozione della rete per attrarre nuovi membri	UK	0	0
	ITA	0	
Integrazione formale con i servizi pubblici	UK	12	24
	ITA	12	
Formazione	UK	4	9
	ITA	5	
Supporto alle interazioni (strumenti digitali)	UK	0	0
	ITA	0	
Nessun tipo di supporto	UK	10	11
	ITA	1	
Totale	UK	40	79
	ITA	39	

Fonte: riadattato da Longo *et al.*, 2023

La terza fase dell'analisi comparativa si è concentrata sul tipo di incentivi offerti alle reti sociali dalla PA. Come mostra la Tabella 4.4, in Italia in tutte le 39 iniziative è sempre presente il supporto della PA alle reti sociali, principalmente tramite integrazione formale della rete con i servizi pubblici (21% dei casi) e con sostegno economico (18% dei casi). Nel Regno Unito, invece, le iniziative di CB spesso mancano del supporto delle autorità pubbliche (25% dei casi). Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che nel Regno Unito sono numerosi i casi in cui le organizzazioni del terzo settore fungono da promotori, come visto nella Tabella 4.1. Quando nel Regno Unito le attività di CB hanno un sostegno pubblico, questo è generalmente legato a forme di integrazione formale della rete con i servizi pubblici (30%) e al sostegno economico (20%), proprio come in Italia. La promozione e la sponsorizzazione delle reti sociali da parte delle PA è

una tipologia di supporto carente sia nel Regno Unito sia in Italia, nonostante l'esistenza di piattaforme social. Nel complesso, sia nel Regno Unito sia in Italia, il sostegno del settore pubblico alle reti sociali è essenzialmente il riconoscimento istituzionale, l'offerta di risorse umane e monetarie e di spazi o strutture pubbliche gratuite. Va infine evidenziato che il supporto agli scambi della rete tramite strumenti digitali è assente in entrambe le nazioni.

4.4 Come sviluppare iniziative di CB

Dopo aver chiarito che cosa si intende per CB, come si possono analizzare le iniziative di CB e quali sono le principali caratteristiche del CB (in termini di promotore, obiettivi, target e incentivi attivati), il presente paragrafo intende offrire una panoramica di alcune indicazioni e strumenti manageriali su come sviluppare iniziative di CB. In particolare, la presente sezione approfondisce i seguenti aspetti: come analizzare i fabbisogni di una determinata area di interesse per comprendere se è necessario attivare iniziative di CB, che tipo di *governance* attivare per gestire le iniziative di CB, come misurare e valutare le iniziative di CB e come definire le priorità di azione dell'iniziativa.

4.4.1 L'analisi dei fabbisogni per identificare il target, i territori e le reti delle iniziative di CB

Come punto di partenza per attivare un'iniziativa di CB occorre eseguire un'analisi dei fabbisogni di una specifica area di riferimento (che sia essa una provincia, un quartiere, il bacino di riferimento di un Distretto o di una CdC). Questo si rende necessario sia per pianificare un'iniziativa che sia coerente con le specificità di una certa area (caratteristiche epidemiologiche della popolazione e offerta di servizi sociosanitari attivi), sia per orientare il focus del CB che, come visto, può essere utilizzato per rispondere variamente a una larga gamma di bisogni. L'analisi dei fabbisogni è funzionale all'individuazione del target delle iniziative, del territorio specifico in cui attivarle e delle reti sociali con cui collaborare. Nei paragrafi successivi, la scelta del target viene delineata come step preventivo alla selezione del territorio. Tuttavia, si sottolinea come sia possibile partire dalla selezione di un ambito territoriale e successivamente individuare il target dell'iniziativa.

4.4.2 La selezione del target per le iniziative di CB

La selezione di un target dipende fortemente dalla tipologia di metrica che si intende utilizzare per rappresentare i diversi cluster, in quanto a seconda della metrica selezionata alcuni gruppi di popolazione saranno esclusi. Nella Tabella 4.3 del paragrafo precedente sono stati identificati alcuni target delle iniziative di CB sulla base di una catalogazione di 79 esperienze italiane e inglesi. Tuttavia,

tali categorie non sono esaustive, ma costituiscono un esempio di cluster estratto da alcune esperienze note.

Per identificare i soggetti target del CB esistono molte metriche possibili, ma una semplificazione che potrebbe aiutare nella programmazione riduce a due i possibili approcci: uno basato su cluster epidemiologici di tipo sanitario e uno basato su dimensioni sociali e socioassistenziali rilevanti. Secondo il primo approccio, i cluster possibili sono identificati sulla base di caratteristiche sanitarie, quali presenza di una patologia cronica, presenza di più patologie croniche, condizioni di fragilità o non autosufficienza, presenza di malattie mentali, problemi di dipendenze, disabilità. L'altro approccio guarda ai cluster analizzando problemi sociali come la solitudine e l'isolamento, l'immigrazione, la povertà, il basso reddito, la disoccupazione, la condizione di NEET o la povertà educativa (Longo, 2021). Per selezionare il target di CB si può guardare a una singola condizione sanitaria o sociale, o a una combinazione di esse.

La difficoltà di selezionare un singolo target per interventi di CB è legata alla molteplicità di bisogni non soddisfatti dai servizi tradizionali, caratterizzati da uno storico disequilibrio tra domanda e offerta. Di conseguenza, è importante definire le priorità strategiche ovvero scegliere con strumenti manageriali il target prioritario. Utilizzare evidenze quantitative riguardanti i problemi pubblici rilevanti è importante per rappresentare in modo più preciso la realtà quantitativa dei fatti, spesso divergente dalle percezioni collettive. L'approccio quantitativo dovrebbe evidenziare la prevalenza di alcuni problemi rispetto ad altri, considerando la generalità della popolazione e soprattutto il livello di copertura dei bisogni garantiti dai servizi di welfare, dal volontariato o da meccanismi di auto-riproduzione sociale sostenibili (Longo, 2021). I target prioritari dovrebbero quindi essere le aree di bisogno che:

- a. sono percepite come rilevanti nella collettività;
- b. hanno un'incidenza quantitativa significativa;
- c. hanno un basso tasso di copertura del bisogno.

Le ultime due caratteristiche possono essere rilevate quantitativamente, mentre la prima emerge dal processo decisionale che esprime la governance del welfare locale.

Tuttavia, non tutti i problemi devono necessariamente essere risolti tramite logiche di CB, che è un approccio complementare e non sostitutivo alle risposte tradizionali del SSN. Una volta identificato il target ritenuto prioritario, per capire se su questo target occorre agire con il CB bisogna verificare se (Longo, 2021):

- la disponibilità di risorse pubbliche di welfare è insufficiente per soddisfare le esigenze del target identificato;

- i servizi pubblici tradizionali sono totalmente o parzialmente inefficaci a rispondere al bisogno del target identificato (per esempio, nel caso di abbandono scolastico e NEET, o nel sostegno all'aderenza alle terapie dei soggetti fragili);
- esistono già rilevanti interdipendenze tra le reti sociali e il welfare pubblico che possono essere attivate nelle iniziative di CB (per esempio, per la salute mentale e il tema della solitudine e dell'isolamento sociale).

La scelta di optare per l'utilizzo di logiche di CB per affrontare un problema sociale emergente considerato rilevante si deve quindi basare su evidenze specifiche relative al potenziale e all'efficacia del welfare tradizionale, e non necessariamente su scelte valoriali. L'implementazione di iniziative di CB per un target specifico può essere un'azione complementare o integrativa rispetto a un aumento parallelo dell'azione dei servizi di welfare tradizionali.

Il CB per i pazienti cronici

Nell'ottica di agire su un target percepito come rilevante per la collettività, con una forte incidenza quantitativa e un basso tasso di copertura del bisogno, la popolazione cronica rappresenta un focus ideale per le iniziative di CB (come mostra la Tabella 4.3, il 20% delle esperienze italiane studiate è dedicato a persone con patologie croniche).

Le persone con almeno una patologia cronica in Italia nel 2021 rappresentano il 40% della popolazione e quelle con più di una patologia cronica sono il 21% (Istat, 2023). La presenza di più condizioni croniche rende necessario il coordinamento tra professionisti e la definizione di percorsi di cura integrati, gestiti da un *case manager* che monitori l'aderenza alle cure. Quando si tratta di malattie croniche l'aderenza alle terapie, l'*empowerment* del paziente e l'assunzione di stili di vita corretti e autocontrollati diventano driver dei risultati di salute. Inoltre, l'insorgenza di patologie croniche è correlata all'avanzamento dell'età, e spesso si porta dietro la presenza di altri problemi di salute o socio-assistenziali, come la solitudine. Nel caso di persone con patologie croniche, sole e anziane risulta più difficile garantire aderenza ai percorsi e rispetto delle terapie.

Un target così complesso potrebbe beneficiare delle iniziative di CB che hanno come obiettivo la garanzia dell'equità di accesso, il supporto all'aderenza e l'educazione sanitaria. Infatti, al paziente cronico sempre più spesso viene richiesto di diventare un soggetto attivo nel percorso di cura, co-producendo a tutti gli effetti alcuni pezzi del percorso, per esempio tramite l'auto somministrazione di farmaci o terapie, il monitoraggio dei propri parametri e la loro successiva comunicazione al medico, la ricomposizione del percorso quando accede al sistema e si interfaccia con diversi professionisti. Inoltre, il paziente cronico accede per gran parte della sua vita ai servizi sanitari e/o sociali, e deve quindi sviluppare competenze legate alla conoscenza dei servizi. Essendo i pazienti cronici definibili come *frequent users* del sistema, sarebbe ideale integrare la loro prospettiva nei processi di progettazione, monitoraggio e verifica degli stessi, attività spesso oggetto di iniziative di CB.

Esistono varie esperienze di CB dedicate ai pazienti con patologie croniche. Un esempio è il progetto «*Peers lending support*», promosso dall'americana National Kidney Foundation a partire dal 2012 e dedicato al supporto psicologico di pazienti con malattie ai reni. Il programma permette a persone che hanno gestito con successo la stessa patologia/intervento chirurgico (i *Peer Mentors*) di essere un

modello positivo per i pazienti con recente diagnosi. I *Peer Mentors* sono volontari e vengono selezionati in base a candidatura spontanea o dal personale medico e infermieristico dell'ospedale in cui sono presi in carico, e partecipano a un corso di formazione di 8-32 ore in cui apprendono le *soft skill* necessarie a fornire il supporto psicologico ai loro *Mentee* (ascolto, comunicazione, empatia ecc.). La *mentorship* può realizzarsi attraverso incontri in gruppo o singoli, o conversazioni via telefono, e-mail, online community. Inoltre, i *Peer Mentors* possono fare da mentori ad altri pazienti che hanno la stessa sessione di dialisi. È previsto anche un sistema di feedback strutturato per un monitoraggio del programma da parte dei professionisti sanitari. L'approccio partecipativo tra pari adottato nel progetto è molto efficace e i benefici riscontrati riguardano sia i *Mentors* sia i *Mentee*.

Altri esempi sul territorio nazionale includono l'attività fisica adattata (AFA) che promuove esercizio fisico rivolto a gruppi di persone accomunate dal fatto di avere patologie croniche, l'Alzheimer Café, che rende possibile l'incontro tra *caregiver* di pazienti con Alzheimer favorendo la creazione di reti sociali, o gli incontri educativi dedicati a gruppi di pazienti cronici per la gestione della terapia, che mirano a favorire processi di *empowerment*.

4.4.3 La selezione del territorio per le iniziative di CB

Dato che gli interventi di CB fanno perno sulle comunità locali e quindi sulle reti sociali esistenti, è fisiologico che in alcuni territori con una maggiore apertura e abitudine della comunità alla collaborazione con la PA in programmi di welfare ci sia un potenziale di successo maggiore che in altri. È pertanto utile comprendere il potenziale dei vari territori per decidere dove collocare le iniziative di CB, a seconda delle energie e degli obiettivi del soggetto promotore. Si tratta di esaminare in ciascun territorio identificato come interessante per nuove iniziative di CB, da un lato, il livello di capitale sociale presente e, dall'altro, il livello di forza istituzionale. Come mostra la Tabella 4.5, la combinazione dei due elementi permette sia di decidere in quanti territori attivare iniziative di CB sia di calibrare gli sforzi ovvero di capire quanti progetti di CB ha senso avviare e con che sequenza.

Tabella 4.5 Matrice di scelta di territori e numero di iniziative di CB da attivare

FORZA ISTITUZIONALE	CAPITALE SOCIALE	
	BASSO CAPITALE SOCIALE	ALTO CAPITALE SOCIALE
SCARSE ENERGIE ISTITUZIONALI	<ul style="list-style-type: none"> • Un solo territorio (quello socialmente più ricco) • Un solo progetto di CB 	<ul style="list-style-type: none"> • Molti territori (<i>benchlearning</i> tra territori) • Pochi progetti di CB
SIGNIFICATIVE ENERGIE ISTITUZIONALI	<ul style="list-style-type: none"> • Due territori sperimentatori (il territorio socialmente più ricco e quello più povero) • Pochi progetti di CB 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti i territori (<i>benchlearning</i> tra i territori) • Molti progetti di CB

Fonte: riadattato da Longo, 2021

In un contesto con forte capitale sociale e istituzionale, si possono sperimentare molteplici iniziative di CB in tutti i territori; al contrario, se il capitale sociale disponibile è modesto, potrebbe essere utile sperimentare poche iniziative di CB sostenute dall'azione pubblica in un numero limitato di territori. In ogni caso, i processi di *benchlearning* tra territori e tra iniziative di CB sono fondamentali per aumentare la consapevolezza e l'accumulo di capitale sociale e istituzionale. La quantità di progetti di CB dipende dal numero di reti sociali capaci di essere autonome e avere approccio imprenditoriale e, laddove il capitale sociale è alto e diffuso, le reti locali dovrebbero essere lasciate libere e dovrebbe essere incentivata la loro imprenditorialità. La valutazione del grado di innovazione possibile in un territorio per massimizzarne il potenziale di successo attuativo è essenziale per ogni decisore e stakeholder pubblico. La misurazione del capitale sociale disponibile può avvenire tramite molteplici indicatori, mentre le energie istituzionali dei soggetti pubblici sono oggettivabili considerando la performance e la quota di risorse dedicate al CB.

4.4.4 *La selezione delle reti sociali con cui collaborare*

Partendo dal presupposto che in ciascun ambito territoriale le reti sociali presenti possono essere molteplici (rete del vicinato, comunità religiosa, persone accomunate dalla stessa identità nazionale, frequentatori di uno stesso servizio, persone che partecipano a una stessa associazione, frequentatori di uno stesso luogo, persone che praticano lo stesso sport, colleghi di lavoro, persone iscritte allo stesso partito o gruppo di *advocacy*) e possono essere formali o informali (cfr. par. 4.1.2), il primo passaggio da compiere per capire quali reti coinvolgere nelle iniziative di CB riguarda proprio la mappatura delle reti sociali esistenti in un territorio. Occorre quindi capire: 1) quali sono le reti sociali presenti in un determinato territorio; 2) qual è il livello di interesse a collaborare e forza delle reti; 3) che cosa la PA può offrire alla rete.

Mappare le reti sociali sarà inevitabilmente più semplice nel caso di reti formali e più facilmente identificabili (tramite pagine social, sito web, punto fisico). Se le reti sono aperte alla collaborazione saranno esse stesse a fare attività di promozione per essere riconoscibili dall'esterno. Più difficile è individuare reti informali, che non hanno una vetrina esterna e sono alimentate da relazioni personali, le cui connessioni sono supportate da incontri fisici, comunicazioni personali, gruppi WhatsApp privati. Per identificare queste reti è necessario fare un lavoro di studio direttamente sul campo, andando fisicamente nei luoghi di aggregazione e parlando con la comunità, sia con i suoi rappresentanti sia con i cittadini che ne formano il tessuto (gestori di servizi commerciale, bar, ristoranti, frequentatori di spazi pubblici). Questo lavoro comporterebbe un investimento importante, ma potrebbe portare a grandi vantaggi, in quanto spesso sono proprio le reti informali ad avere il maggior interesse e la maggior forza per collaborare nelle iniziative di CB. La forza e l'interesse delle reti possono essere misurate tramite lo strumento

di analisi degli stakeholder, ovvero la matrice «interesse-potere» di Grimble e Wellard (1997). La matrice combina il livello di capacità di influenza della rete (potere) e il loro interesse rispetto a un certo tema. A seconda di dove si posiziona la rete sociale all'interno della matrice è possibile individuare le reti sociali chiave da coinvolgere (*key stakeholder*), ovvero quelle che hanno alto interesse e potere. Le reti sociali che hanno un alto potere ma un basso interesse dovrebbero essere ascoltate per cercare di comprendere i loro interessi; le reti con alto interesse ma basso potere dovrebbero essere informate e tenute in considerazione; le reti che hanno poco interesse e influenza rispetto all'iniziativa possono non essere coinvolte ma monitorate e informate occasionalmente.

Mappare le reti non significa solo individuarle, ma vuol dire anche comprendere alcune caratteristiche principali, utili a valutare la tipologia e soprattutto i meccanismi di ingaggio e coinvolgimento nel CB. Alcuni elementi da mappare sono (Bonciani, 2021):

- missione o finalità della rete;
- attività o servizi che svolge;
- dimensionamento e soggetti coinvolti (e leader);
- modalità di partecipazione alla rete;
- target di popolazione per cui la rete può essere rilevante;
- cosa la rete può dare e ricevere;
- contatti, link a eventuale sito web.

Queste informazioni sono essenziali per progettare il CB e sarebbe auspicabile che ogni istituzione desiderosa di promuovere iniziative di CB (ASL, Comune, Ente del terzo settore), alimentasse tramite questa mappatura un database delle reti sociali per ogni territorio costituito da queste voci. Ciò rappresenterebbe uno sforzo, ma nel medio-lungo termine permetterebbe di avere a portata di mano una lista di possibili partner per iniziative di azione integrata tra soggetti pubblici e privati.

Nell'implementazione del CB, è importante riconoscere l'importanza dello *scouting* e dell'*assessment* delle reti in ogni territorio e per ogni iniziativa. Questo lavoro deve essere strutturale, sistematico e permanente, richiedendo persone dedicate. Esistono due possibili modelli organizzativi per gestire questo processo: una funzione centrale (dell'ASL, del Comune o dell'Ente del terzo settore) dedicata al management delle reti che opera come consulente ai singoli territori e ai dirigenti quando deve essere attivato un processo di mappatura e coinvolgimento delle reti, o un manager di reti locale, che opera a livello del singolo territorio (Distretto, quartiere, ambito) e che gestisce le relazioni con le reti direttamente. Entrambe le soluzioni sono plausibili e potenzialmente efficaci, ma è importante comprendere la rilevanza della funzione e la necessità di risorse dedicate. Senza questa attenzione, l'intero impianto del CB rischia di non essere realizzato.

4.4.5 *Gli scambi tra PA e reti sociali*

Le reti sociali, quando coinvolte nelle iniziative di CB, possono contribuire a raggiungerne gli obiettivi principali di promozione dell'equità e di facilitazione dell'accesso ai servizi, miglioramento dell'aderenza alle terapie, supporto all'erogazione di servizi, miglioramento dell'educazione sanitaria, integrazione tra servizi sanitari e sociali, promozione della partecipazione dei cittadini, promozione delle reti sociali (cfr. par. 4.1.2). Lavorare con le reti sociali permette di influenzare direttamente i risultati di salute e le abitudini sia dei nodi delle reti, sia degli altri individui collegati ai nodi (Umberson e Montez, 2010). Pertanto, una politica incentrata sui legami sociali tra gli individui può rivelarsi una strategia conveniente per migliorare la salute e il benessere a livello di popolazione o di comunità (McGinnis *et al.*, 2002; Mechanic e Tanner, 2007; Latkin e Knowlton, 2015). In questo senso le reti sociali possono essere viste come uno strumento per raggiungere gli obiettivi di CB nella misura in cui aiutano a reclutare gli utenti perché conoscono il territorio e i componenti della comunità, promuovono le iniziative, spiegano il funzionamento dei servizi pubblici, possono mettere in campo risorse fisiche e monetarie aggiuntive oppure possono erogare servizi. Per esempio, la rete di chi frequenta una parrocchia può essere utilizzata per intercettare gli anziani fragili del quartiere, così come la rete dei genitori di bambini che frequentano la stessa scuola può essere utilizzata per diffondere attività di promozione della salute tra i bambini.

D'altra parte, come beneficio della propria collaborazione le reti possono ricevere alcuni vantaggi da parte della PA, come riconoscimento sociale o istituzionale, spazi e strutture pubbliche in uso a titolo gratuito, risorse umane o finanziarie, promozione e l'attenzione di soggetti che aspirano a diventare nuovi membri, integrazione formale con i servizi pubblici, formazione per i volontari o i gruppi di pazienti, sostegno per le interazioni sociali tra i membri della rete (cfr. par. 4.2.3). Si può quindi dire che nel momento in cui le reti sociali sono coinvolte nelle iniziative di CB, si attiva un *empowerment* della rete stessa che diventa più consapevole, informata, legittimata e quindi anche più sensibile a future iniziative di promozione della salute.

4.4.6 *La creazione di reti sociali come conseguenza del CB*

Inoltre, la presenza delle reti sociali nel CB è rilevante in quanto non vengono solo coinvolte le reti che sono già presenti sul territorio, ma un risultato delle azioni di CB può essere proprio la creazione di nuove reti sociali. Tali reti sono uno dei risultati del CB e si vengono a costituire quando le iniziative di CB, rispondendo a bisogni collettivi tramite servizi che si attivano in maniera integrata, si rivolgono a gruppi di persone che, partecipando alle attività dell'iniziativa, costituiscono una nuova rete sociale. Per esempio, la nuova rete potrebbe essere costituita da anziani fragili del quartiere che partecipano alle attività di

ginnastica dolce e che prima non si conoscevano, o dai *caregiver* che si incontrano durante le attività dell'Alzheimer Café. Un primo segnale di efficacia delle iniziative di CB è proprio quello di formare reti sociali e aumentare il capitale sociale di un determinato territorio. Questo risultato del CB è fondamentale poiché diversi studi hanno analizzato la relazione tra ambiente sociale e salute, dimostrando che il coinvolgimento nelle relazioni sociali è correlato a *outcome* di salute positivi. Le persone con reti sociali più ampie di solito vivono una vita più sana e più lunga rispetto a coloro che sono soli e socialmente isolati; sembra che i legami sociali forniscano un contributo ai risultati di salute tanto significativo quanto quello che deriva dai tradizionali fattori di rischio, come il fumo, il consumo di alcol e l'inattività fisica (Ansari *et al.*, 2012; Kemp *et al.*, 2017).

Le reti sociali che si formano grazie al CB possono attivare diversi meccanismi tra i membri, che generano capitale sociale di diverso tipo. Quando la nuova rete è formata da persone di uno stesso cluster sociale l'impatto del CB è quello di connettere persone di uno stesso gruppo rafforzandone i legami e si parla di capitale sociale che crea *bonding* (è il caso di anziani fragili uniti grazie a un progetto di CB). Se invece i legami della nuova rete uniscono individui dissimili in termini di status socioeconomico si parla di capitale sociale che crea *bridging*, nella misura in cui si crea un ponte tra due gruppi sociali diversi (per esempio, anziani fragili e giovani volontari). Infine, quando la nuova rete unisce più cluster sociali diversi (per esempio, anziani fragili, giovani volontari e *caregiver*) si parla di capitale sociale che crea *linking* (Szreter e Woolcock, 2004).

Riassumendo, tre sono i meccanismi che si generano grazie al coinvolgimento delle reti sociali nel CB: 1) promozione delle reti sociali esistenti, coordinando e integrando la loro azione con i servizi tradizionali; 2) sviluppo della dimensione e della portata delle reti esistenti, aumentandone la capacità e le competenze e supportando lo sviluppo di ulteriori connessioni; 3) creazione di nuove reti sociali (Hogg e Varda, 2016).

4.4.7 Come governare, misurare e progettare le iniziative di CB

4.4.7.1 La governance delle iniziative di CB

Secondo Longo (2021), la governance delle iniziative di CB deve essere costituita da due livelli: il livello centrale e il livello locale. Il livello centrale si dovrebbe focalizzare sulle seguenti funzioni:

- a. costruzione del sistema delle alleanze formalizzate e aggregazione delle risorse;
- b. elaborazione della *vision* del modello di CB ed elaborazione del piano strategico di CB (cfr. par. 4.4.3);
- c. programmazione e allocazione delle risorse ai territori;
- d. monitoraggio e confronto delle esperienze di CB;

- e. raccolta e analisi dei dati di bisogno e di attività;
- f. fornitura ai territori di strumenti operativi;
- g. sviluppo di competenze da diffondere nei territori.

La governance del livello locale ha compiti e funzioni complementari:

- a. sostegno all'interazione profonda tra attori pubblici e reti sociali nelle iniziative di CB;
- b. integrazione operativa delle risorse pubbliche e di comunità;
- c. disegno in modo partecipativo delle caratteristiche dei servizi locali, sia pubblici, sia privati, sia la loro interazione;
- d. utilizzo e valorizzazione delle competenze e degli strumenti operativi messi a disposizione dal centro.

Oltre a definire i livelli di governance è utile riflettere sul procedimento per coinvolgere le reti sociali nelle iniziative di CB. Esistono tre possibili modalità decisionali: il modello gerarchico, il modello partecipativo e il modello tecnocratico. Nel modello gerarchico, la decisione è presa dai vertici istituzionali pubblici e viene presentata alla comunità per un confronto di tipo informativo, generalmente in merito a macro temi come le priorità del CB, le risorse dedicate e i modelli di servizio. Nel modello partecipativo, invece, la comunità è coinvolta fin dall'inizio nell'analisi e nella discussione dei dati e nella definizione delle priorità, che sono comunque proposte dai leader pubblici che mantengono un ruolo di rilievo. Nel modello tecnocratico, infine, sono i dirigenti pubblici che propongono le linee di azione e l'allocazione delle risorse, e devono poi concertarsi sia con il vertice politico-istituzionale sia con la comunità. In questo caso l'attivazione del cambiamento dipende dalla dirigenza pubblica (Longo, 2021). A seconda di ciascun contesto (istituzione pubblica e capitale sociale del territorio) è auspicabile adottare un diverso modello di coinvolgimento, in quanto ognuno presenta vantaggi e svantaggi che possono aiutare o ostacolare l'adozione di logiche di CB.

4.4.7.2 Misurare le iniziative di CB

Il metodo di CB richiede un sistema di programmazione e controllo, basato su progetti piuttosto che su centri di responsabilità. Ogni iniziativa di CB deve essere considerata un progetto unico, anche se replicata all'interno della stessa azienda o ambito sociale. È importante che ogni singola esperienza sia considerata un'unità di analisi elementare all'interno del sistema di programmazione e controllo, ed è altrettanto importante confrontarle tra di loro per favorire l'apprendimento reciproco. Le risorse economiche e umane richieste dalle iniziative di CB alle istituzioni pubbliche sono relativamente limitate, soprattutto in confronto alle spese tipiche del settore sanitario o socioassistenziale. L'efficienza della spesa

non dovrebbe quindi essere l'oggetto principale dell'analisi gestionale, ma l'attenzione dovrebbe concentrarsi su elementi coerenti con gli obiettivi del sistema di welfare come, per esempio, misure di impatto sulle performance del sistema di welfare, indicatori che catturino variazioni nel capitale sociale locale e misure del tasso di integrazione raggiunto per le persone o le risorse coinvolte. Tali metriche sono strettamente collegate agli obiettivi del CB, e ne misurano il raggiungimento. La Tabella 4.6 riassume le principali dimensioni per ogni variabile (Longo, 2021).

Tabella 4.6 Metriche per valutare la performance delle iniziative di CB

EFFICACIA DEI SERVIZI DI WELFARE		CRESCITA RETI E CAPITALE SOCIALE		AGGREGAZIONE DI PERSONE E RISORSE	
Area rilevante per l'impatto sulle performance del sistema di welfare	Indicatori	Area rilevante per l'aumento del capitale sociale locale	Indicatori	Area rilevante per l'aumento dell'integrazione	Indicatori
Crescita dell'equità e dell'universalità nell'accesso ai servizi	Indici di equità e tasso di copertura dei bisogni	Aumento delle persone coinvolte in reti di socialità, di mutuo riconoscimento tra pari, di sostegno reciproco	Numero di componenti delle reti sociali/ popolazione	Tasso di integrazione tra le risorse sanitarie e quelle socio-assistenziali	% di risorse sociali e socio-sanitarie integrate
Aumento della <i>literacy</i> medica o miglioramento degli stili di vita della comunità	Misure di <i>literacy</i> e stili di vita (BES)	Crescita dei membri della comunità attivi in forme di volontariato, di associazionismo, di <i>advocacy</i>	Numero di persone attive nel volontariato/popolazione	Grado di coordinamento tra i servizi formali del welfare e le risorse di comunità	Numero di risorse del welfare integrate con quelle di comunità
Aumento dell'efficacia dei servizi grazie a un migliore service design o a una più diffusa partecipazione degli utenti in grado di migliorare la <i>compliance</i> alle cure e alle terapie e quindi i loro esiti intermedi	% di pazienti aderenti ai percorsi di cura	Incremento delle persone che partecipano attivamente a forme di audit civico, service design con gli utenti, programmazione partecipativa.	Numero di persone attive nella partecipazione diretta/popolazione	Crescita delle forme di aggregazione della domanda, dove gli utenti usufruiscono congiuntamente di un servizio, generando economie di scala per l'erogatore e forme di vicinanza e supporto reciproco tra pari.	% di utenti che usufruiscono di servizi con aggregazione della domanda

Fonte: riadattato da Longo, 2021

4.4.8 Il piano strategico di CB

Il piano strategico di CB rappresenta la sintesi dei passaggi logici finora esposti. È lo strumento formale che racchiude la *vision* e la *mission* di una determinata istituzione rispetto alle prospettive di CB future. Così come a livello regionale o aziendale vengono sviluppati piani per la prevenzione, per l'equità e così via, è auspicabile che vengano redatti anche piani per il CB. Il piano strategico di CB riassume:

- i target selezionati su cui agire con iniziative di CB;
- i territori in cui attivare iniziative di CB;
- le motivazioni per cui si decide di agire su quel target e in quei territori tramite CB;
- quali reti sociali vengono coinvolte in ciascuna iniziativa, che tipo di scambi reciproci si mira ad attivare;
- quali risorse sono dedicate all'iniziativa (personale, spazi, contributi finanziari, strumenti, formazione);
- che tipo di governance si intende adottare per ciascun progetto di CB;
- gli obiettivi quantitativi per misurare l'impatto dei progetti di CB;
- l'orizzonte temporale dei progetti.

Il piano strategico è lo strumento che aiuta a portare all'attenzione dei vari stakeholder il tema del CB, formalizzando una nuova tipologia di approccio che si affianca al welfare tradizionale. Può essere utile per mantenere le azioni di CB come prioritarie proprio perché, rappresentando esse un'innovazione, potrebbero soffrire di ostacoli nell'implementazione o nel riconoscimento della loro importanza e utilità (cfr. par. 4.4.5). La costruzione del piano strategico di CB rappresenta pertanto un'opportunità unica per allineare le premesse collettive sia all'interno delle istituzioni pubbliche che all'interno della comunità, discutere le criticità e le opportunità e condividere un nuovo modello di welfare integrato e partecipativo (Longo, 2021). Una volta adottato, il piano strategico organico può essere suddiviso per responsabilità operative tra i vari territori o unità organizzative centrali con funzioni verticali che interessano tutti i territori. Inoltre, il piano strategico può anche contenere una scheda per ogni iniziativa di CB programmata, che funge da mandato per il responsabile del progetto.

4.4.9 Il change management per il *Community Building*

Come è finora emerso, il CB propone un cambio di paradigma e l'assunzione di una nuova prospettiva, che vede nella comunità e nelle reti sociali che la compongono una fonte di risorse da coinvolgere e rafforzare, e non solo il target ultimo delle politiche e dei servizi sociosanitari tradizionali. Questo diverso

modo di intendere la comunità si scontra con le modalità che sono sempre state adottate per programmare gli interventi di welfare pubblico. Infatti, la cultura del welfare pubblico tradizionale si caratterizza per un reclutamento degli utenti basato su una logica di attesa, con uso esclusivo di risorse pubbliche, attività programmabili fino all'esaurimento del budget disponibile, approccio mono-istituzionale, governance pubblica, prerogative di governo gerarchiche, funzionamento meccanicistico e due livelli di governo (l'Azienda e il Distretto). La cultura del welfare integrato con logiche di CB si caratterizza per una maggiore apertura e integrazione con la comunità, una combinazione di risorse pubbliche e della comunità, una governance più concertativa e una programmabilità delle attività basata sulle risorse disponibili e sulla partecipazione attiva della comunità. Il processo di *change management* da attivare per favorire la diffusione del CB deve avere come obiettivi (Longo, 2021):

- a. un allineamento cognitivo sulle premesse che portano a investire sul CB e sui dati di bisogno e tassi di copertura per selezionare i target prioritari;
- b. lo studio e l'osservazione di concrete esperienze di CB anche di altri contesti, per apprezzarne l'efficacia, la fattibilità e la complementarità al welfare pubblico tradizionale;
- c. l'apprendimento di nuove competenze e tecniche utili per gestire le reti e la comunità, costruendo incentivi e scambi adeguati, oltre che per mappare i bisogni e svolgere analisi sui relativi dati.

Il processo di adattamento al welfare integrato con logiche di CB richiede un cambiamento cognitivo, esperienziale e di competenze, con percorsi di apprendimento differenziati per i diversi stakeholder coinvolti. Il vertice istituzionale e il top management necessitano di conoscenze e visioni elevate per impostare e concertare le strategie, mentre il middle management deve gestire concretamente le iniziative di CB, dialogando con le reti sociali. Gli operatori sanitari e socio-sanitari devono acquisire anche sensibilità e tecniche utili per operare in modo diverso in iniziative che si rivolgono a una domanda aggregata, in servizi dove sono utili competenze adatte a valorizzare gli scambi e il sostegno tra le persone. Anche i rappresentanti delle reti sociali devono fare propria la logica del CB, adattando i linguaggi e i contenuti a cui sono abituati. Per raggiungere gli obiettivi del welfare integrato con logiche di CB, è necessario un accompagnamento differenziato dei vari stakeholder, che richiede un adeguato percorso di formazione e supporto per ogni categoria di professionisti e rappresentanti delle reti sociali.

4.5 Alcuni esempi di iniziative di CB

Di seguito si presentano alcuni esempi di iniziative di CB, esposti esplicitando attività principali, target, tipologia di supporto della PA alle reti coinvolte e indicatori di misurazione.

4.5.1 Il checkpoint di Bologna

Nato nel 2015, il checkpoint di Bologna «BLQ Checkpoint» rappresenta la prima esperienza italiana di Community-Based Voluntary Counseling and Testing (CBVCT). Il CBVCT è un modello di intervento promosso dal Piano Nazionale Aids 2017-2019 ed è definito come l'esecuzione del test diagnostico e l'erogazione di attività di *counseling* a popolazioni target, svolta da operatori adeguatamente formati – sanitari o non sanitari –, in contesti non sanitari. Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, nella sezione dedicata alle malattie infettive prioritarie, promuove il modello del CBVCT e pone come obiettivo l'aumento della sua diffusione, esplicitando un indicatore dedicato al monitoraggio della percentuale di regioni che promuovono il CBVCT.

L'esperienza bolognese si ispira alla *best practice* del checkpoint di Barcellona e ha come obiettivo quello di offrire un servizio di prevenzione dell'HIV tramite tre linee di attività: *counseling*, *testing* (per HIV, HCV e sifilide) e un servizio di valutazione e presa in carico per avviare la PrEP (protocollo medico di prevenzione dell'HIV). Il soggetto promotore dell'iniziativa è l'associazione PLUS, associazione locale che raccoglie l'esperienza di persone LGBT+ sieropositive, impegnata fin dai primi anni Duemila in attività di sensibilizzazione e *advocacy* nell'ambito dell'HIV. Il BLQ Checkpoint è un esempio di iniziativa di CB bottom-up promossa dalla comunità, in cui la PA viene coinvolta in un secondo momento, che funziona grazie a un fitto sistema di collaborazioni tra le reti sociali (Associazione PLUS) e la PA.

Le tre linee di attività sono svolte sia da personale volontario dell'associazione, sia da personale dell'AUSL di Bologna. In particolare, gli incontri di *counseling* sono tenuti da volontari *peers* (è un approccio tra pari poiché si tratta di volontari che fanno parte della comunità LGBT+ e spesso sono sieropositivi); i test di screening sono svolti da infermieri dipendenti dell'AUSL di Bologna e la prescrizione della PrEP viene fatta da un medico infettivologo che presta servizio volontariamente. Inoltre, la collaborazione con l'AUSL rende possibile la continuità di cura per i soggetti che risultano positivi ai test e vengono presi in carico dalla U.O. di malattie infettive del Policlinico S. Orsola Malpighi per la conferma diagnostica e l'attivazione del percorso di cura.

In termini di risorse offerte dalla PA, nel caso si osserva la collaborazione di tre istituzioni pubbliche: a) l'AUSL di Bologna, che oltre al personale infermieristico fornisce i test di screening e garantisce la continuità di cura; b) il Comune di Bologna che mette a disposizione la struttura pubblica in comodato

d'uso gratuito in cui si svolgono i servizi del checkpoint; c) la Regione Emilia Romagna che fornisce un finanziamento *ad hoc* all'associazione, utilizzato per sostenere le spese dell'unico dipendente, oltre alle utenze e ai costi di manutenzione della struttura¹.

Il BLQ Checkpoint è un esempio di caso virtuoso in cui è stato percepito reciprocamente il vantaggio di unire le forze sia da parte della PA sia da parte della rete. Da un lato la PA, grazie a questa collaborazione, riesce a raggiungere gli obiettivi nazionali di prevenzione con un modello innovativo, intercettando una popolazione a rischio che viene attratta al servizio proprio perché è promosso ed erogato in larga misura da un'associazione di volontariato formata da pari, che ha sviluppato grandi competenze su come identificare, comunicare e prendere in carico il target ed è diventata un punto di riferimento per la comunità LGBT+. Dall'altro, la rete sfrutta le sinergie con la PA per ottenere risorse fisiche e umane per svolgere attività coerenti con il proprio obiettivo principale, rafforzando allo stesso tempo i legami della comunità e stimolando la creazione di capitale sociale di tipo *bonding*.

Tabella 4.7 Analisi delle variabili di CB nel caso BLQ Checkpoint

Approccio	Partecipativo tra pari
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto all'erogazione dei servizi → Farmaci e dispositivi, terapie/prestazioni • Educazione sanitaria → tramite programmi di promozione sanitaria
Target	<ul style="list-style-type: none"> • Comunità in generale (screening) • Persone a rischio di contrarre malattie infettive sessualmente trasmissibili (percorso PrEP)
Supporto della PA alle reti sociali	<ul style="list-style-type: none"> • Offerta di spazi pubblici • Personale • Risorse (test)
Strumenti di misurazione	<ul style="list-style-type: none"> • % di persone che svolgono servizi di <i>testing</i> su popolazione target

Fonte: elaborazione degli autori

4.5.2 La co-progettazione delle Case della Salute nell'AUSL di Modena

Il progetto «Praticare la partecipazione nello sviluppo delle Case della Salute» è un'iniziativa di CB per co-progettare alcune CdS, sviluppata a partire dal 2016

¹ La collaborazione è stata supportata dalla Regione che ha manifestato il suo interesse con una delibera di giunta del 2013, in quanto il progetto rientrava in una serie di attività di prevenzione dell'HIV in applicazione della L. 135/1990. L'AUSL di Bologna e PLUS sono identificati come soggetti attuatori.

dall'AUSL di Modena (Direzione strategica). L'iniziativa ha avuto come obiettivo il coinvolgimento attivo della comunità nella pianificazione delle allora nuove strutture territoriali (3 CdS di Castelfranco Emilia, Spilamberto e Guiglia), per aumentare la consapevolezza della comunità sui cambiamenti in corso, in una logica di *empowerment*. Il progetto è partito con un'attività di comunicazione con il metodo del *digital storytelling*, tramite la distribuzione di materiale multimediale che raccontasse le nuove progettualità, rivolta a tutta la comunità del territorio di riferimento. In seguito, l'AUSL ha promosso degli incontri fisici con i cittadini del territorio all'interno delle neo-costituite Case della Salute, che hanno coinvolto anche enti locali, scuole, associazioni di volontariato. In occasione di questi incontri l'AUSL ha svolto attività di ascolto e consultazione della comunità su determinate progettualità previste per le CdC, tramite interviste e focus group, in modo da raccogliere la prospettiva dei cittadini e integrarla nei progetti in corso di definizione.

Questo progetto fornisce un esempio interessante di co-progettazione di un setting territoriale, adottando logiche di CB con approccio istituzionale, nel quale un'Azienda Sanitaria ha inteso coinvolgere i cittadini in un processo partecipativo di co-design dei servizi. In questo caso la rete sociale coinvolta era costituita dagli abitanti di tre Comuni, ed era quindi una rete informale i cui legami si sono consolidati anche grazie alla partecipazione a questi momenti di incontro, con la generazione di capitale sociale *bridging* o *linking* (si può ipotizzare che fossero persone accomunate dalla residenza nella stessa area geografica ma appartenenti a diversi cluster sociali). Grazie al coinvolgimento dei cittadini l'AUSL ha promosso il nuovo servizio, di cui ha potuto ridefinire alcuni aspetti grazie al loro stesso contributo, beneficiando del punto di vista di quelli che ne sarebbero poi diventati i principali fruitori. Da parte loro, nel venire coinvolti e informati, i cittadini hanno acquisito maggior conoscenza dei servizi, funzionale a un più appropriato utilizzo degli stessi e a un aumento della fiducia nell'istituzione pubblica.

Tabella 4.8 Analisi delle variabili di CB nel caso di co-progettazione delle CdS

Approccio	Istituzionale
Obiettivi	Partecipazione ai servizi → Design dei servizi
Target	<ul style="list-style-type: none"> • Comunità in generale (persone residenti nei bacini di riferimento delle Case della Salute di Castelfranco Emilia, Spilamberto e Guiglia)
Supporto della PA alle reti sociali	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun tipo di supporto
Strumenti di misurazione	<ul style="list-style-type: none"> • % di persone che hanno partecipato agli incontri • Tasso di utilizzo dei nuovi servizi delle CdS • Tasso di soddisfazione dei cittadini sui servizi delle CdS

Fonte: elaborazione degli autori

4.6 Conclusioni

Le iniziative di CB rappresentano un ampio portafoglio di programmi sanitari e sociali, le cui caratteristiche devono essere comprese dalle istituzioni pubbliche, al fine di integrarle all'interno degli obiettivi di welfare istituzionale e guidarle efficacemente. Data l'ampiezza sia di target a cui si possono rivolgere sia di attività che possono sviluppare, le iniziative di CB devono partire da una precisa lettura del fabbisogno del contesto. La collaborazione con la comunità, nella forma delle reti sociali che la compongono, è un'operazione strategicamente rilevante perché definisce il tasso di successo delle iniziative di CB e necessita quindi di risorse dedicate che si occupino di individuare le reti sociali esistenti, analizzarle e comprendere i vantaggi degli scambi, in modo da adottare la giusta postura per dialogare con loro. I progetti di CB devono essere monitorati e misurati con specifici indicatori che vadano a guardare l'integrazione raggiunta con il sistema tradizionale, oltre al capitale sociale creato. La creazione di capitale sociale è infatti uno degli obiettivi ultimi delle iniziative di CB che, rispondendo in modo aggregato a bisogni collettivi, creano nuove reti sociali e rinforzano quelle già presenti.

5. Le possibili vocazioni della Casa della Comunità di *Laura Giudice e Luigi Maria Preti**

Il presente capitolo tratta della progettazione in ambito locale delle CdC che, all'interno dei nuovi perimetri della sanità territoriale, costituiscono un punto di riferimento per i cittadini, offrendo promozione, prevenzione della salute e presa in carico dei bisogni sociosanitari. Il modello delle CdC si mostra adattabile, soprattutto se si considera l'ambiguità degli input su alcuni elementi determinanti sia da un punto di vista organizzativo sia da un punto di vista operativo. Le indicazioni emanate dal livello centrale consentono a regioni e aziende sanitarie territoriali di sviluppare e declinare un proprio modello di CdC che sia in grado di coniugarsi con le caratteristiche e le esigenze specifiche di ciascun territorio, nonché con le risorse disponibili. È necessario, pertanto, che regioni e aziende sviluppino una riflessione strategica in merito a vocazione da assegnare alle CdC, estensione del target di utenti destinatari dei servizi inclusi, grado di specializzazione di cui questi luoghi saranno portatori, numerosità, dimensionamento e concentrazione di questi presidi sul territorio e tipo di relazione che dovranno attivare con le filiere di servizi e con gli erogatori privati accreditati già presenti in ciascun contesto. Una riflessione programmatica sull'esito complessivo che le CdC comporteranno sulla rete dei setting territoriali esistenti appare necessaria. I trade-off strategici di posizionamento appena citati vengono presentati e discussi al fine di fornire un'ampia panoramica dei perimetri progettuali in cui il management regionale e delle aziende sanitarie locali ha la possibilità di esprimersi nel progettare e realizzare le proprie CdC.

This chapter deals with the local design of Community Health Centers, which are intended to serve as reference points for citizens seeking preventative care or responses to their health care and social care needs outside the hospital setting. The model, defined in its characteristics and minimal components, appears to be fairly flexible, especially when considering how ambiguous the inputs concerning some organizational and functional elements are. The guidelines issued by the government allow Regions and Local Health Authorities to develop and tailor their own model for Community Health Centers, by considering also the specific characteristics and needs of each territory, as well as the available resources. Therefore, Regions and Local Health Authorities need to first engage in

* Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 5.1 e 5.2 sono attribuibili a Luigi Preti, il §§ 5.3 a Laura Giudice, il § 5.4 a entrambi gli autori.

strategic decision-making about the following aspects: the mission to be assigned to Community Health Centers, the definition of the user-group(s) targeted by the included services, the level of specialization these facilities will possess, the number, size, and concentration of such centers within the reference area and the type of relationship they shall establish with existing service and private providers' networks. Finally, a decision has to be taken concerning the overall impact that Community Health Centers are to have on the already existing network of territorial service-providing centers. The aforementioned strategic trade-offs are presented and discussed in depth within the chapter in order to offer a comprehensive overview of the room for manoeuvre that is allowed to regional and local healthcare managers to plan their own Community Health Centers.



Home is where your health is

5.1 Le Case della Comunità: cenni su evoluzione e stato di avanzamento del luogo perno della rinnovata rete di assistenza territoriale

Nella nuova geografia dell'assistenza sanitaria sul territorio riveste un ruolo centrale la CdC, definita nel PNRR come «un punto di riferimento continuativo per la popolazione che ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento» (PNRR, 2021)¹. Questo luogo vuole essere sia l'evoluzione sia la sintesi di una serie di esperienze che nell'ultimo decennio sono state sviluppate nell'ambito di diversi SSR, con varie denominazioni e alcune significative differenze in termini di modelli di servizio e funzioni. Si tratta di tipologie di struttura territoriale che condividevano l'obiettivo di favorire i processi di integrazione tra professionisti e servizi sanitari, sociosanitari e sociali presso uno stesso luogo (il presidio fisico collocato nel territorio), che spesso derivava dalla progressiva dismissione dei presidi ospedalieri minori (Del Vecchio *et al.*, 2014). Il PNRR destina due miliardi di euro alla realizzazione delle CdC, considerate il mezzo attraverso il quale «potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio». È prevista l'attivazione, entro il 2026, di 1350 CdC su tutto il territorio nazionale e, contestualmente, la definizione di ciò che viene definito il «nuovo modello organizzativo» dell'assistenza territoriale.

Questo input (manifestatosi nel PNRR prima e nel DM 77² poi) si innesta in un contesto nazionale non del tutto digiuno da iniziative in qualche modo riconducibili al paradigma della CdC, ma interessato da esperienze locali differenti e da gradi di familiarità con questi approcci diversificati. In particolare, dal periodo precedente all'emergenza sanitaria Covid-19 abbiamo ereditato:

- una significativa varietà di forme e denominazioni di strutture territoriali assimilabili al paradigma CdC;
- una forte frammentazione nelle formule e nelle reti di offerta: geografica, organizzativa e istituzionale;
- scelte di localizzazione delle strutture sul territorio orientate prevalentemente dalla disponibilità di spazi da riconvertire (es. vecchi presidi ospedalieri);
- una cronica carenza di attività qualificanti delle cure primarie (e, in particolare, della medicina generale) presso questi luoghi;
- la frequente assenza di un posizionamento distintivo (e ben comunicato) delle strutture assimilabili alle CdC, con il conseguente rischio di duplicare servizi forniti altrove;

¹ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021.

² Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (giugno 2022).

- un'ampia varietà in termini di risultati raggiunti, di gradi di maturità ed esperienza acquisiti su questi temi tra i diversi SSR;
- un'enfasi sbilanciata sui «luoghi erogativi» a scapito delle reti e dei processi, a partire da quelli di presa in carico.

Il complessivo processo di cambiamento avviato sul territorio dal PNRR e meglio dettagliato dal DM 77 è attualmente in corso. Dalle rilevazioni risalenti all'estate del 2022, per quanto riguarda l'investimento relativo alle CdC, risultava terminata la fase di identificazione dei siti che ospiteranno le strutture finanziate nell'ambito del PNRR, mentre era ancora poco presidiata l'individuazione delle ulteriori sedi da attivare per il rispetto dello standard, le quali non godranno del finanziamento da PNRR (Del Vecchio *et al.*, 2022). Resta inesplorato il tema della relazione tra i circa 9000 setting assistenziali territoriali già presenti nel SSN e le sorgenti CdC, e dunque da chiarire il rationale con cui si intende intervenire sulla rete: si mira a una sostituzione oppure a un'aggiunta di nuove sedi a quelle già presenti? Oppure si intende cogliere questa occasione per rivedere la rete e razionalizzare un sistema erogativo eccessivamente frammentato?

5.2 Quali attese e prospettive di sviluppo per le Case della Comunità

Secondo la visione con cui sono state concepite, le CdC sono chiamate a:

- i. essere strutture polivalenti in cui trovi spazio un insieme eterogeneo di prestazioni e servizi;
- ii. fungere da «quartier generale» per team multiprofessionali e multidisciplinari che lavoreranno nelle strutture e nelle più ampie reti di presidi sul territorio;
- iii. essere luoghi in cui la continuità spaziale dei servizi e degli operatori consenta di raggiungere vera unitarietà e integrazione di competenze e interventi;
- iv. rappresentare il punto riferimento per le cure primarie e le sue innovazioni (*population health management*, presa in carico del paziente cronico, medicina d'iniziativa ecc.);
- v. costituire i nodi di una rete di assistenza sanitaria sul territorio che diventi, nella mente dei cittadini, la «*top of mind*» della risposta sanitaria per i bisogni non urgenti.

In altre parole, la finalità è dare vita a luoghi strutturati sul territorio che siano dedicati alle cure primarie non residenziali e che costituiscano piattaforme di servizi collocate tra il setting ambulatoriale e il domicilio degli assistiti, il più

possibile vicini e riconoscibili per le comunità e per i singoli che le compongono (sia all'interno dei territori che abitano sia nelle loro mappe cognitive).

Nell'allegato 1 del DM 77 è contenuta la formulazione dei «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale». Con particolare riferimento al luogo CdC, viene chiarita la duplice natura di «luogo fisico» e, al contempo, di «modello organizzativo» dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Gli elementi e gli standard più significativi che le CdC sono chiamate a fare propri sono i seguenti:

1. la dimensione fisica della struttura e l'esigenza di renderla prossima, raggiungibile e facilmente riconoscibile dalla popolazione come il luogo deputato all'accesso, all'accoglienza e all'orientamento degli assistiti;
2. l'associazione della dimensione fisica con la promozione del «nuovo modello organizzativo» dell'assistenza territoriale; quest'ultimo prevede un approccio integrato e multiprofessionale, a partire dal ruolo centrale rivestito dall'équipe multidisciplinare composta da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFoC, eventualmente integrata da altri professionisti sanitari (come psicologi, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione, tecnici della prevenzione, assistenti sociali ecc.) e da personale amministrativo;
3. le tipologie di servizi da erogare presso le CdC, distinguendo tra servizi da erogare obbligatoriamente in ogni caso (cure primarie, PUA, ADI, servizi specialistici, servizi infermieristici, integrazione con i servizi sociali e partecipazione delle comunità), servizi obbligatori solamente per le CdC hub e facoltativi per le strutture spoke (diagnostica di base, continuità assistenziale e punto prelievi), servizi facoltativi (interventi di prevenzione, vaccinazioni, screening e attività consultoriali) e servizi raccomandati attribuiti secondo una generale logica hub e spoke (attività del Dipartimento di salute mentale, medicina dello sport);
4. la garanzia, per entrambe le tipologie di CdC (sebbene con diverse intensità), della presenza medica e infermieristica continuativa (rispettivamente H24/7 per le CdC hub e H12/6 per le CdC spoke quella medica; H12/7 per le CdC hub e H12/6 per le CdC spoke quella infermieristica);
5. i criteri di distribuzione e dotazione delle strutture, che prevedono la presenza di una CdC hub ogni 40/50 mila abitanti e una dotazione di personale minima di 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale sociosanitario e amministrativo di supporto;
6. gli standard tecnologici e strutturali, i quali prevedono l'integrazione dei sistemi di prenotazione con il CUP aziendale e la presenza di servizi diagnostici di base per il monitoraggio delle principali patologie croniche;

7. la definizione del ruolo della CdC come nodo della rete dei servizi territoriali con funzione di coordinamento secondo logiche di:
 - rete intra-CdC, tra i professionisti che vi operano;
 - rete inter-CdC, tra i presidi hub e spoke;
 - rete territoriale che si estende ai servizi ADI, di specialistica ambulatoriale territoriale, agli OdC, alle RSA, ai consultori, ai servizi di tutela della salute mentale e della prevenzione;
 - rete territoriale integrata con i servizi e le attività ospedaliere.

Complessivamente, il modello definito nelle sue caratteristiche e componenti minime dai criteri e dalle indicazioni sopra-citati si dimostra piuttosto adattabile, soprattutto se si considera l'ambiguità degli input su alcuni elementi chiave sia organizzativi (afferenza, ruoli, responsabilità) sia operativi (sistemi informativi, CRM, *project management*). Un'opinione, questa, condivisa anche da molti rappresentanti del management delle aziende sanitarie territoriali che, al momento, si sta misurando con questi perimetri, al fine di identificare il proprio modello (o modelli) di CdC. Le regioni e le aziende territoriali hanno ampi margini di manovra nella declinazione del paradigma della CdC.

5.3 Quali logiche e strumenti di gestione per progettare e realizzare Case della Comunità che producano valore per i territori

Le indicazioni relative al modello di sviluppo dell'assistenza territoriale emanate dal livello centrale non sollevano le regioni e le aziende sanitarie territoriali dalla necessità di sviluppare e declinare un modello proprio che, a partire dagli standard minimi definiti, sia in grado di coniugarsi con le caratteristiche e le esigenze emergenti di ciascun territorio, nonché con le risorse disponibili. In altre parole, la standardizzazione derivante dagli input già presentati deve trovare un punto di incontro con le dinamiche locali e di contesto. Pertanto, al fine di declinare il modello CdC a livello territoriale, è utile che regioni e aziende sviluppino una riflessione strategica in merito alla vocazione da assegnare alle CdC che sono chiamati ad attivare. Insieme alla vocazione è importante che siano prese decisioni di natura strategica, che contribuiscano a definire la proposizione di valore distintiva di questi setting. In altre parole, oltre alla definizione dell'orientamento vocazionale da attribuire alle CdC è necessario esprimere una posizione rispetto ai seguenti *trade-off*:

- target della CdC (esteso *vs* ristretto);
- specializzazione (CdC generaliste *vs* specializzate);
- numerosità e concentrazione erogativa dei servizi;
- erogazione fisica *vs* digitale;

- relazione con le filiere di servizi (farmacie, RSA ecc.) e con gli erogatori privati accreditati;
- pianificazione e razionalizzazione della rete dei setting territoriali esistenti.

5.3.1 Quale vocazione per la CdC

Sono almeno tre i modelli vocazionali che possono essere attribuiti a questi rinnovati presidi sul territorio (Figura 5.1). Una vocazione possibile è ben rappresentata dalla denominazione «Casa della Salute», a rappresentazione di un luogo che si contraddistingue per una forte impronta sanitaria riscontrabile nei servizi territoriali garantiti dal SSN che sarebbero lì collocati e tra loro integrati. Un secondo possibile orientamento vocazionale è quello di «Casa Socio-sanitaria», un presidio che si focalizza sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali del SSN con alcuni o tutti i servizi sociali degli enti locali. Infine, è possibile optare per la vocazione «Casa della Comunità»: un presidio che si apre e focalizza sulle risorse e sulle reti formali e informali intessute dalla comunità (Longo e Zazzera, 2022).

Figura 5.1 Tre vocazioni possibili per le Case della Comunità previste dal PNRR e DM 77



Fonte: adattamento da Longo e Zazzera, 2022

Queste tre possibili vocazioni di massima possono essere sposate in toto o in parte ed eventualmente anche combinate l'una con l'altra all'interno della rete. È chiaro però che una scelta di questo tipo comporta un certo grado di complessità che l'azienda deve essere preparata a gestire, da un lato, per garantire che una vocazione duplice o ibrida trovi una coerente realizzazione anche sul fronte organizzativo e operativo e, dall'altro, costruendo un'efficace comunicazione sull'identità del luogo in questione, a beneficio di tutti gli stakeholder interessati.

Il rischio di generare confusione e minare riconoscibilità ed efficacia di questi luoghi – la cui missione è già ambiziosa di per sé – aggiungendo più orientamenti strategici in una fase ancora di «rodaggio» dei modelli è alto e non deve

essere sottovalutato. Valutazioni diverse potranno ovviamente essere fatte in futuro, una volta che le soluzioni (intese come le effettive realizzazioni delle CdC nei territori) saranno state testate, affinate, avranno maturato una significativa esperienza e, soprattutto, in quelle realtà nelle quali le comunità avranno imparato a conoscere e frequentare abitualmente questi luoghi.

Più in generale, soprattutto con riferimento alle riflessioni strategiche relative alla vocazione delle CdC, rimane da chiarire se la decisione complessiva verrà presa sulla base di ciò che sarebbe ideale realizzare (verso un modello a cui tendere in base ai bisogni epidemiologici e sociali prevalenti) oppure se un fattore fondamentale da prendere in seria considerazione, soprattutto in questa prima fase, sia *in primis* il grado di fattibilità e compatibilità con il contesto (in termini di risorse, competenze, complessità progettuale gestibile, accettabilità...).

Ognuna delle tre vocazioni descritte può essere a sua volta interpretata e declinata in maniera diversa, sulla base di riflessioni e scelte strategiche differenti, portando alla realizzazione di molteplici fattispecie di CdC. Ciascuna «Casa» (quale che sia la vocazione che gli è stata assegnata) può concretamente incontrare diverse realizzazioni, in termini di funzioni espletate e di servizi effettivamente forniti presso quei luoghi. In particolare, la CdC potrebbe configurarsi nella fattispecie di *Casa della Salute* come:

- a. luogo predisposto alla medicina di iniziativa, in cui viene garantito l'accesso ai servizi e il *case management* della cronicità stabilizzata;
- b. luogo di erogazione delle cure primarie e della specialistica territoriale per i pazienti cronici oppure prevalentemente per i soggetti fragili, non autosufficienti anziani e disabili adulti;
- c. piattaforma di erogazione di tutti i servizi territoriali specialistici (psichiatria, igiene pubblica, materno infantile, neuropsichiatria infantile ecc.).

La Casa Sociosanitaria può essere il:

- a. luogo in cui si garantisce l'accesso unitario sia ai servizi assistenziali sia a quelli sociali (attraverso il PUA);
- b. luogo dedicato al *case management* integrato (sia sociale sia sanitario);
- c. luogo di erogazione di alcuni servizi sanitari e di una quota parte dei servizi sociali degli enti locali (che spesso sono erogati dal terzo settore), che verrebbero ricollocati dalle loro sedi tradizionali alla Casa Sociosanitaria;
- d. luogo in cui si garantisce l'erogazione dell'intero portafoglio dei servizi sociali che verrebbero quindi affidati al SSN da parte degli enti locali o perlomeno in esso pienamente integrati;

La Casa della Comunità può diventare il:

- a. luogo di co-produzione di gruppo, in cui i servizi sanitari e sociali (per esempio, l'educazione sanitaria) non vengono erogati per un singolo paziente ma a un gruppo di pazienti *peers*;
- b. centro per la co-progettazione e la valutazione partecipata dei servizi e delle performance;
- c. luogo che intende promuovere, sostenere e valorizzare le reti sociali esterne ai servizi pubblici (come i gruppi di lettura in biblioteca, i gruppi di cammino, la rete dei NEET, il volontariato in genere ecc.) per tutelare e promuovere la salute.

Si tratta di possibili declinazioni di CdC molto diverse tra di loro ma ugualmente sfidanti, che possono essere variabilmente coniugate (Longo e Zazzera, 2022).

5.3.2 *Quale target prioritario per la CdC*

Un'altra dimensione sulla quale è necessario prendere delle decisioni in fase progettuale è quella relativa al target a cui la CdC dovrà rivolgersi (e per cui sarà pensata) in via prioritaria; dimensione questa che è anche funzionale alla declinazione degli orientamenti vocazionali appena presentati.

Sebbene sia chiaro che le CdC non potranno che essere luoghi formalmente aperti alla collettività generale, è importante che sia deciso (e auspicabilmente dichiarato) il target di utenti prevalente e privilegiato per il quale questo luogo sarà progettato e realizzato. Chi sono i destinatari dell'operato della CdC deve essere chiaro a chi la progetta, a chi vi lavorerà e anche al pubblico, affinché chi vi accede sappia cosa aspettarsi e possa effettivamente trovare una risposta ai propri bisogni (il che comporta anche l'esigenza di comunicare adeguatamente il posizionamento scelto). Dare una precisa identità a un nuovo servizio, per caratterizzarlo e renderlo visibile e socialmente accreditato è una esigenza in sé, che può solo essere rafforzata dall'oggettiva esiguità delle risorse del SSN rispetto ai bisogni emergenti nel paese, che in ogni caso impongono la definizione di priorità.

La decisione relativa al target è un tassello fondamentale nella più ampia definizione del modello di ciascuna struttura e della sua vocazione definitiva. I target possibili spaziano dall'intera comunità di cittadini che abitano un territorio a un singolo gruppo (o più di uno) di cittadini-pazienti che sono portatori di bisogni (sanitari e sociosanitari) omogenei: pazienti anziani con bisogni legati a un quadro pluripatologico e di frequente fragilità, individui affetti da patologie croniche a media e alta complessità, pazienti sani con bisogni occasionali ecc.

Il target della CdC non è esplicitamente definito dall'input centrale, sebbene l'elenco dei servizi obbligatori (PUA, ADI, servizi infermieristici, quelli di specialistica ambulatoriale e diagnostici per le patologie prevalenti) di fatto delinea un'impostazione incentrata sui soggetti fragili e/o cronici affetti dalle pato-

logie a maggiore prevalenza. Il gruppo degli individui fragili e affetti da patologie croniche a sua volta ha al proprio interno cluster molto diversi tra di loro: persone disabili, individui con problemi di salute mentale o di dipendenza, per esempio, sono profondamente diversi dagli anziani fragili e/o non autosufficienti. Cronici monomorbidi tra i 50 e i 65 anni richiedono servizi diversi da quelli proposti a utenti ultrasessantenni plurimorbidi. Rimane invece più ambiguo, nelle indicazioni, il tema dell'eventuale inclusione degli utenti con bisogni occasionali all'interno della popolazione di riferimento della CdC. In termini di servizi da prevedere obbligatoriamente, soltanto la continuità assistenziale presenta caratteristiche tali da determinare una possibilità di accesso anche all'utente con bisogni occasionali; infatti, i servizi generalmente destinati alla collettività e all'utente non cronico (attività consultoriali, vaccinazioni, prevenzione e promozione della salute ecc.) non sono tra quelli previsti come obbligatori e, con riferimento a quelli obbligatori come il punto prelievi e le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le indicazioni non impongono necessariamente di destinarli alla popolazione generale. In ogni caso, la scelta di un target troppo ampio e generale rischia di annacquare le esigue risorse disponibili offrendo poco a pochi, per ogni categoria potenziale di utenti.

Qualora si ritenga opportuno identificare gruppi di utenti prioritari per la CdC, è auspicabile che questa scelta sia compiuta tendendo bene a mente l'esigenza di differenziarne la vocazione ultima e le finalità (strategiche e dichiarate) rispetto a quelle di altre tipologie di presidi (per esempio, i poliambulatori territoriali), di altre articolazioni aziendali (i servizi ospedalieri e di emergenza-urgenza) e delle strutture private accreditate (studi medici, poliambulatori, laboratori ecc.), prevalentemente per evitare duplicazioni.

È chiaro come l'orientamento vocazionale «Casa della Comunità» trovi la sua naturale realizzazione con la scelta di un target ampio, possibilmente coincidente con l'intera popolazione di riferimento, essendo caratterizzato da una enfasi prevalente su aspetti di prevenzione, educazione e soprattutto di inclusione sociale. Diversamente, gli altri due modelli proposti («Casa della Salute» e «Casa Sociosanitaria») possono combinarsi con scelte di target più ristrette e focalizzate così come si prestano ad abbracciare la comunità intera dei cittadini, sebbene con il rischio di servizi a più debole identità e a minore impatto, in termini sia di intensità assistenziale sia di tasso di copertura del bisogno.

Per fornire qualche ulteriore esempio di posizionamenti di CdC risultanti dall'incrocio tra la vocazione, la declinazione della stessa e il/i target identificato/i, potrebbe trovare realizzazione una CdC a impronta sanitaria (dunque una cosiddetta «Casa della Salute») che abbia come target di riferimento tutta la popolazione che abita il territorio, ma che dedica la propria capacità erogativa a determinati filoni di bisogni considerati prioritari. Nello specifico, questo diverrebbe il luogo nel quale il cittadino affetto da una o più patologie croniche può trovare un primo livello di accesso e orientamento ai servizi, il punto di

riferimento per il proprio *case management*, nonché le prestazioni specialistiche e infermieristiche di cui ha bisogno, che vengono erogate. Nello stesso luogo anche il paziente occasionale, per esempio un giovane genitore con un episodico bisogno di salute, può trovare un primo livello di accesso ai servizi (medicina generale o guardia medica), di orientamento alla rete dei servizi disponibili, la possibilità di prenotare un eventuale approfondimento diagnostico (tramite CUP), anche se non troverà necessariamente erogate qui le prestazioni di cui ha bisogno in quel frangente.

Un altro esempio può essere rappresentato dalle diverse declinazioni del modello «Casa Sociosanitaria», che può orientarsi al soddisfacimento dei bisogni di target diversi o plurimi sulla base, ovviamente, del contesto specifico in cui è inserita (oltre che delle scelte strategiche attuate). In un contesto rurale o montano interessato da progressivo spopolamento, bassa densità abitativa ed età media crescente potrebbe essere valutata come opportuna l'attivazione di una Casa Sociosanitaria che si concentri prevalentemente sui bisogni di pazienti anziani, fragili e pluri-patologici. Si tratta di un quadro di fragilità differente da quello che potrebbe trovarsi ad affrontare una struttura con simile vocazione situata però in una periferia urbana densamente popolata, poco servita e ad alto tasso migratorio. In questo caso la CdC con vocazione di «Casa Sociosanitaria» potrebbe valutare di attrezzarsi per rispondere sia alle esigenze di fragilità espresse da pazienti anziani magari affetti da disabilità, da un lato, sia ai bisogni di una popolazione a basso reddito, socialmente poco integrata, per la quale anche l'aspetto linguistico può essere percepito come ulteriore barriera all'accesso ai servizi. In una situazione simile, potrebbe rivelarsi strategica l'identificazione di due target prioritari per l'azione della CdC, accomunati dal tratto distintivo della condizione di fragilità, che però si esprime in modalità (ed esigenze) molto differenti.

Si configura dunque la necessità di definire l'orientamento vocazionale, il/i target da privilegiare e la declinazione più dettagliata della vocazione di ciascuna CdC per mezzo di riflessioni di natura strategica, che siano basate su alcuni importanti elementi informativi. Innanzitutto, è necessario prendere in considerazione:

1. la conformazione del territorio e il contesto socioeconomico nel quale la CdC andrà a inserirsi;
2. il quadro dei bisogni, sia di natura sanitaria sia sociosanitaria della popolazione che vi risiede;
3. il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria già presente in quella zona (composto da erogatori sia pubblici, sia privati accreditati, sia privati autorizzati) e di quella che è la rete di servizi sociali forniti sia dagli enti locali ma anche da enti del terzo settore;

4. le risorse disponibili, in termini di strutture e disponibilità di spazi, oltre che di personale;
5. il grado di coinvolgimento (attuale e potenziale) nei processi decisionali di stakeholder quali enti locali (per realizzare l'integrazione dei servizi sociali), terzo settore e comunità di riferimento;
6. il capitale istituzionale;
7. il capitale sociale.

Con specifico riferimento ad alcuni di questi elementi, è utile fare delle ulteriori considerazioni. Le CdC di una stessa azienda sanitaria territoriale possono essere molto diverse tra di loro, per le distinte esigenze dei diversi territori, per le loro storie, aspettative, stratificazioni di servizi e competenze sviluppate. Prendere in attenta considerazione il capitale istituzionale del luogo significa valutare la forza degli enti e delle aziende pubbliche, che può essere misurata in base alla stabilità e al riconoscimento della direzione generale dell'azienda territoriale o del sindaco e al *commitment* sul progetto delle CdC. Il concetto di capitale sociale invece fa riferimento alle caratteristiche del tessuto sociale e delle comunità del territorio, per esempio in termini di diffusione di associazioni di volontariato, di livello di fiducia nelle istituzioni, di presenza e forza delle reti sociali, sia formali sia informali.

5.3.3 Quali scelte in termini di numerosità delle CdC e concentrazione dei servizi

Le CdC finanziate dal PNRR sono 1350, con gli standard del DM 77 che fissano intorno a questa cifra l'obiettivo per le sole strutture hub. La programmazione nazionale prevede per le CdC hub bacini d'utenza tra i 40.000 e i 50.000 abitanti (PNRR), mentre nulla è stabilito per le strutture spoke. Dalle esperienze presenti, emerge un'ampia eterogeneità nei bacini di riferimento, a dimostrazione di una notevole autonomia lasciata alle regioni e alle aziende sanitarie territoriali. In altri termini, vi è la possibilità di optare per la realizzazione di molte CdC piccole, da un lato, o di poche CdC grandi. Ovviamente questa scelta influenza la quantità e la tipologia di servizi concretamente erogabili nelle CdC, potendo offrire un portafoglio più ampio e maggiormente orientato alla plurispecialità nelle strutture più grandi che servono una popolazione più ampia. Tante strutture piccole possono essere messe in rete tra di loro, adottando modelli a specchio, in virtù del fatto che le piccole CdC sono tra loro configurate in modo omogeneo e supportate da funzioni condivise di governo clinico, di rotazione delle competenze e amministrative in back-office. In alternativa, tante strutture piccole possono essere messe in rete secondo il modello hub & spoke, ognuna caratterizzata da una sua specializzazione distintiva (anziani, pediatria, hospice e palliazione ecc.) in base alle esigenze prevalenti del territorio.

C'è poi un'ulteriore scelta da compiere sul livello di continuità e concentrazione sia dei servizi erogativi che la CdC può attivare e promuovere, sia di

quelli messi in rete con la CdC, in quei casi in cui essa funge prevalentemente da piattaforma di accesso e *case management*. I servizi di un centro poliambulatoriale, di un consultorio, di un centro di salute mentale possono confluire in tutto o in parte nelle CdC, oppure essere messi in rete con le medesime. Ovviamente la numerosità delle CdC influenza la scelta tra concentrazione e dispersione erogativa: poche CdC grandi possono favorire la concentrazione erogativa, viceversa, molte piccole impongono la messa in rete con servizi erogati in altri setting.

5.3.4 *Il mix di servizi fisici e digitali*

Gli standard relativi al personale e ai servizi richiedono un elevato livello di concentrazione soprattutto per le strutture hub per le quali è previsto un bacino di utenza compreso tra i 40 e i 50 mila residenti. Questa indicazione in molti contesti periferici rischia di essere poco compatibile con i principi di prossimità e capillarità; pertanto, emerge la necessità di valutare una visione alternativa per questi luoghi, in cui l'integrazione funzionale prevalga su quella strutturale. Simmetricamente, CdC numerose ma piccole sono inevitabilmente prive di molti servizi e richiedono quindi connessioni da remoto con altri setting. La CdC diverrebbe secondo questa prospettiva il luogo non solo fisico, ma soprattutto «virtuale» di integrazione dei professionisti e in cui assume meno significato l'accesso «fisico» dell'utente e la presenza fisica di tutti i professionisti. In una configurazione di questo tipo sono di grande importanza, in particolare, due fattori:

1. la costruzione delle reti (territoriali e integrate) e l'integrazione funzionale di presidi spoke, sedi delle forme organizzative della medicina generale e ambulatori singoli di MMG/PLS;
2. lo sviluppo della telemedicina come principale strumento di collegamento tra servizi di cure primarie e specialistiche, connessi in rete e non necessariamente localizzati fisicamente all'interno dello stesso presidio.

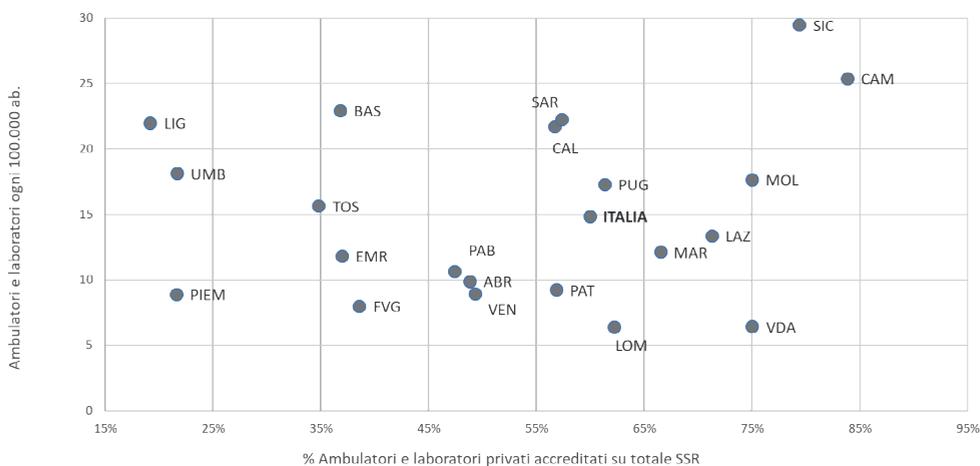
In altre parole, rimane da decidere quale ruolo assegnare alla fisicità, ovvero se immaginare una CdC che continui a essere primariamente un luogo «fisico» oppure se far prevalere la sua dimensione «virtuale», che associa e governa in modo unitario un insieme di meccanismi afferenti al mondo dell'assistenza territoriale. Il prevalere di una dimensione «virtuale» rende meno rilevante il tema dei presidi fisici, dei bacini di utenza di riferimento e, in alcuni casi, sembra essere l'unica modalità possibile per immaginare il rispetto di alcuni dei requisiti previsti dal DM 77.

5.3.5 La rete con i servizi accreditati

I servizi territoriali accreditati e contrattualizzati con il SSN sono molteplici e trovano sede presso vari luoghi come farmacie, RSA, centri prelievi, ambulatori, hospice ecc. In questa fase di ridisegno delle geografie territoriali, pertanto, è il caso di prendere in seria considerazione le possibili strategie di organizzazione delle interdipendenze che è possibile attivare:

- informazione di cittadini/utenti relativamente alla loro esistenza e al loro ruolo;
- collegamento in rete permettendo un accesso (valutazione, prenotazione, espletamento pratiche burocratiche, definizione dei PAI) privilegiato o esclusivo da CdC, che contribuisca a semplificare le procedure per i pazienti;
- collegamento in rete finalizzato alla realizzazione di percorsi e PDTA integrati dal punto di vista clinico e assistenziale;
- possibilità accordata agli erogatori privati di operare dentro le mura della CdC, nel perimetro economico dei loro budget storici già contrattualizzati (senza oneri aggiuntivi per il SSN).

Figura 5.2 Incidenza percentuale degli ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale del SSR e numerosità degli ambulatori e laboratori totali (pubblici e privati accreditati) per 100.000 abitanti, 2020



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2020 e ISTAT

Come mostra la Figura 5.2 l'esigenza di messa in rete del privato accreditato è essenziale e probabilmente decisiva nelle regioni in cui la quota di ambulatori e laboratori (strutture che erogano servizi tipicamente territoriali) privati accreditati sul totale delle strutture di questo tipo complessivamente presenti nel SSR raggiunge o supera il 50%. In Lombardia come in Puglia il privato accreditato detiene una quota di ambulatori e laboratori pari al 60%, mentre in Campania e Sicilia raggiunge addirittura l'80%. Senza l'organizzazione di queste interdipendenze, in una delle modalità descritte, le CdC rischiano di risultare povere di contenuti reali immediati ma anche prospettici. Ovviamente il ruolo assegnabile a molti di questi attori (ambulatori, laboratori, ma anche farmacie, RSA, hospice) è a sua volta ricco di alternative. Per esempio, una farmacia convenzionata può essere intesa come un semplice dispensario farmaceutico oppure come un attore che supporta proattivamente l'aderenza alle terapie dei suoi pazienti con sistemi digitali e messaggi di rinforzo concordati tra pazienti e farmacisti, oppure diventare una farmacia dei servizi, dove siano reperibili una serie di servizi (diagnostica semplice, vaccinazioni, CUP ecc.). Una RSA, sfruttando alcuni dei suoi spazi scarsamente saturati (parco, salone, sala teatro, bar, mensa), può diventare un luogo di CM, un centro diurno, un centro di *counseling* e supporto alle famiglie con anziani fragili o non autosufficienti. Pertanto, per ogni CdC si tratta di decidere:

- con quali e quanti di questi possibili nodi attivare e sistematizzare sinergie e processi di coordinamento;
- quale intensità ricercare in queste collaborazioni e che forma dargli;
- di quali contenuti distintivi riempire queste sinergiche relazioni.

Non si tratta di una decisione statica, ma di un processo evolutivo nel tempo, che necessita di una fase di apprendimenti, di successi e fallimenti e quindi di progressivi aggiustamenti. Tale processo può essere guidato proattivamente dalle CdC o concertato sotto la spinta imprenditoriale dei privati accreditati.

5.3.6 Pianificazione e razionalizzazione della rete dei setting territoriali esistenti

Gli ambulatori e i laboratori (pubblici e privati accreditati) complessivamente presenti nel SSN sono 883³ e rappresentano solo una parte di tutti i setting che erogano assistenza territoriale; al contempo, è programmata la realizzazione di un numero di CdC pari ad almeno 1350 strutture. Tale quadro impone di chiedersi quale sia la relazione programmatica tra la situazione esistente e lo scenario prospettico. Le attuali strutture costituiscono un sistema di offerta

³ Ultimo dato disponibile riferito all'anno 2020 (fonte: Annuario Statistico del SSN, 2020).

sul territorio molto frammentato, dove in media è presente un setting erogativo ogni 6700 abitanti, e in cui è difficile raggiungere massa critica, sia dal lato della concentrazione della domanda sia dal lato dell'offerta e quindi della *competence* clinica. Questa eccessiva capillarità e frammentazione, paradossalmente, rende i servizi territoriali spesso poco visibili agli occhi degli stakeholder pubblici. La costruzione di nuovi e moderni edifici è una grande occasione per razionalizzare (non razionare) la rete territoriale – per esempio, al fine di raggiungere un totale di 3000-4000 strutture, ovvero una ogni 20.000-15.000 abitanti. Un'operazione di questo tipo, tra l'altro, offrirebbe un contributo decisivo alla partita relativa al reperimento del personale necessario concentrando in meno setting quello esistente. Qualora invece, questa occasione venisse sciupata, di fatto sostituendo a specchio le strutture esistenti con quelle nuove, nulla cambierebbe dal punto di vista della robustezza dei servizi territoriali e della eccessiva dispersione del personale.

Tabella 5.1 Presidi territoriali e CdC previste al 2026, SSR delle nove regioni più popolate (2020 vs 2026)

Regioni	Ambulatori e Laboratori, 2020	Case della Salute e simili, 2020	Case della Comunità (CdC) previste, 2026
Piemonte	380	71 CdS	90
Lombardia	640	25 Presst	203
Veneto	436	77 MGI	99
Emilia Romagna	525	126 CdS	91
Toscana	578	76 CdS	77
Lazio	766	22 CdS	118
Campania	1427	//	150
Puglia	680	33 PTA	106
Sicilia	1424	55 PTA	131
Italia	8803	553	1350

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2020, Censimento OASI 2021 e allegati tecnici PNRR

Come mostra la Tabella 5.1, il tasso di frammentazione delle strutture territoriali diverge significativamente tra nord e sud (come del resto avviene anche con riferimento alla rete ospedaliera) palesando la significativa relazione tra capitale istituzionale (più modesto al sud) e capacità di razionalizzare la rete di offerta.

Ciò dimostra, da un lato, la rilevante autonomia lasciata alle regioni e, dall'altro, la necessità di un lavoro di confronto interregionale per dare maggiore consapevolezza ai diversi policy maker, ma forse anche la necessità di supportare le realtà dotate di minor capitale istituzionale

5.4 *Change management*: il presidio di alcuni fattori critici di successo per un'efficace implementazione del nuovo modello

La realizzazione delle CdC, in molte realtà, rappresenterà un grande cambiamento, in quanto queste strutture andranno a inserirsi (insieme a OdC e COT) in un sistema di offerta preesistente di cui probabilmente altereranno in parte la geografia, la struttura e il funzionamento. Per esempio, in alcuni territori è probabile che le CdC vadano a sostituirsi ad altre strutture assorbendone in parte le attività, oppure accolgano una serie di bisogni che prima trovavano risposta presso l'ospedale, oppure forniscano un presidio di prossimità laddove prima non c'era un punto di riferimento. Inoltre, verosimilmente modificheranno anche gli assetti organizzativi aziendali, richiederanno mutamenti nelle prassi e consuetudini dei professionisti, nonché negli equilibri tra gli stakeholder del territorio, e così via.

Un processo di cambiamento di questa portata necessita di essere preparato e adeguatamente accompagnato. La revisione dello status quo che si sta cercando di attuare, con la realizzazione delle CdC e della più ampia riforma della sanità territoriale, può essere ricondotto a ciò che in letteratura viene chiamato «cambiamento trasformativo» (*transformational change*), una modifica radicale che implica un passaggio così significativo da uno stato d'essere a un altro da richiedere cambiamenti sensibili nella cultura, nei comportamenti e nella mentalità per essere attuato con successo e mantenuto nel tempo (Ackerman Anderson, 1986). Cambiamenti come questi determinano modifiche non solo nelle prassi interne alle organizzazioni, ma anche nelle modalità di interazione con l'ambiente esterno (Bobini *et al.*, 2022). E, dalla più recente letteratura scientifica sul tema dell'adozione delle innovazioni, emerge come l'efficace implementazione di innovazioni in contesti organizzativi richieda una ridefinizione di alcuni aspetti delle organizzazioni stesse, «dalle strutture ai processi, con forti impatti sui modelli di servizio» (Boscolo *et al.*, 2019). Pertanto, per garantire un'efficace implementazione del modello (o modelli) di CdC che le aziende avranno deliberato e supportare i significativi processi di cambiamento che si renderanno necessari, è importante che siano presidiate alcune partite rilevanti.

In primis, è il caso di decidere non solo quanto ma anche come integrare e coinvolgere la sfera del sociale, gli stakeholder di riferimento per il territorio, le comunità e i singoli cittadini, avendone peraltro ben chiari gli obiettivi. Un'attività, questa, sicuramente centrale per l'attivazione di CdC a vocazione «Casa

della Comunità» ma che si conferma indispensabile a prescindere dalla vocazione prescelta. Può essere dunque molto utile dare vita a iniziative e/o veri e propri meccanismi di co-definizione di strategie, processi e attività orientati al coinvolgimento sia del personale (per allineare interessi, costruire motivazione e senso di appartenenza) sia delle comunità di riferimento (per lavorare sull'*awareness*, creare relazioni, generare interesse ed *empowerment*).

A questo proposito, sarà necessario lavorare alla costruzione di un'identità distintiva e riconoscibile per le CdC anche per garantire che questi nuovi (o rinnovati) luoghi della sanità sul territorio si mantengano efficaci e rilevanti nel tempo. Riuscire a qualificare le CdC come un punto di riferimento nelle mappe cognitive di cittadini e comunità (così come nel tempo lo sono diventati l'ospedale e il PS) è un obiettivo ambizioso, che merita grande attenzione sin da questa fase. Il successo che sarà ottenuto sul fronte della riconoscibilità delle CdC dipenderà in larga parte dalla bravura di regioni e aziende, *in primis*, a comunicare il senso e il valore di questi luoghi, dalla prospettiva degli utenti. Emerge quindi l'esigenza di uno sforzo di comunicazione continuativo e multicanale, che si ponga l'obiettivo di trasmettere al pubblico che cos'è la CdC, cosa può offrire di nuovo e/o di valore e con quali modalità. La finalità di questo sforzo è duplice: da un lato, accrescere la consapevolezza della popolazione rispetto alla disponibilità (e prossimità) di queste risorse per prendersi cura della propria salute e, dall'altro, impostare le aspettative di individui e comunità rispetto al ruolo delle nascenti CdC.

Inoltre, emergono alcuni ulteriori temi che sono trasversalmente interpretati come «fattori critici di successo»:

- il coinvolgimento della medicina generale;
- il reperimento del personale infermieristico;
- l'identificazione e la formazione del middle management;
- le reti, connettività e integrazione.

Trasversale a tutti e quattro i temi emerge inoltre quello delle risorse e della sostenibilità nel tempo della riorganizzazione.

Il disegno nazionale attribuisce a MMG e PLS e agli IFoC un ruolo centrale nella proposta di valore delle CdC; pertanto, il reperimento e coinvolgimento di queste figure già in fase di programmazione costituisce una partita cruciale per il pieno sviluppo del modello. Il compito però non è semplice, visti i diversi ostacoli che spaziano dalla disponibilità dei professionisti, che sappiamo essere risorse scarse sia per questioni demografiche sia a causa delle recenti politiche di programmazione, alla necessità di trovare strumenti in grado di stimolarne un sistematico cambiamento nel *modus operandi*, al tema di come sostenere i costi connessi. In generale, i modelli di gestione dei professionisti necessitano di una revisione che tenga proprio conto di questi vincoli e carenze,

alla luce delle nuove sfide che la riorganizzazione del sistema sanitario territoriale pone (per un maggiore approfondimento si veda il Capitolo 13).

È probabile, a ogni modo, che si debba ricorrere a interventi di riorganizzazione aziendale che permettano lo spostamento o la messa a fattor comune del capitale umano, operazioni queste che non saranno né semplici né indolori. Laddove però si riuscirà a dimostrare che la CdC produce in effetti (più) valore, sia dal punto di vista dell'esperienza del paziente, sia dal punto di vista del sistema (lavorando sulla sua legittimazione e sulla costruzione di consenso) sarà più facile realizzare e fare accettare questi cambiamenti.

Un ulteriore tema strategico che è urgente affrontare attiene all'individuazione e formazione del middle management della dimensione territoriale, che è strettamente connesso a quello della definizione di un sistema di responsabilità e *accountability* strategica. In merito al primo punto, in particolare, si fa riferimento ai Direttori di Distretto, a capo di un'articolazione aziendale a cui il DM 77 attribuisce una rinnovata centralità nel ruolo di «gestione e coordinamento funzionale e organizzativo» della rete dei servizi territoriali e di integrazione tra tutti gli attori coinvolti, soprattutto all'interno delle Case della Comunità. Con riferimento al tema delle responsabilità, invece, è chiaro che in un contesto caratterizzato da bisogni crescenti e mezzi già scarsi, una riorganizzazione del sistema sanitario territoriale di questa portata potrebbe necessitare – quantomeno in alcuni momenti – di più risorse (un esempio su tutti, il personale) di quelle che avremo effettivamente a disposizione; a questo punto sarà necessario prendere delle decisioni sulle priorità da presidiare e sarà fondamentale aver definito a priori chi abbia la responsabilità di compiere tali scelte e gli strumenti idonei per farlo nella modalità più informata possibile.

Ragionare di come dare forma e valore al modello CdC implica necessariamente anche affrontare la complessità connessa alla creazione e al governo delle reti. La CdC è destinata infatti a costituire il nodo centrale di un'ampia rete dei servizi sviluppata su più livelli che, nel disegno dei policy maker, spaziano dall'integrazione tra professionisti ed équipe che operano all'interno del presidio (rete intra-CdC), fino a raggiungere il massimo livello di integrazione nel collegamento con le attività ospedaliere (rete territoriale integrata). Il paradigma della CdC, così come sta prendendo forma tra le indicazioni nazionali e le declinazioni locali, prevede inoltre una profonda integrazione funzionale tra presidi fisici diversi e distanti (CdC hub e spoke, AFT/UCCP, CUP integrato aziendale ecc.), anche attraverso il ricorso alla telemedicina come ulteriore modalità di erogazione dei servizi. Il raggiungimento di un risultato tanto ambizioso non potrà che dipendere in modo significativo sia dallo sviluppo di una capillare infrastruttura digitale che consenta di raggiungere in modo omogeneo livelli di connettività adeguati sia da un sistema di viabilità e mobilità delle persone affidabile e efficace (strade e ferrovie, TPL ecc.), considerati soprattutto i

target e a cui la CdC dovrebbe rivolgersi in via prioritaria (utenti fragili, anziani, affetti da patologie croniche e/o disabilità).

Infine, le reti di cui saranno parte le CdC dovranno diventare sempre di più anche l'orizzonte entro il quale valutare le performance del nuovo sistema di assistenza territoriale, in quanto i professionisti, le competenze e gli utenti stessi frequentemente si sposteranno, dando vita a un sistema di domanda e offerta di prestazioni e servizi territoriali che tenderà a svilupparsi su una rete e meno su un singolo luogo. Pertanto, anche i livelli di efficacia ed efficienza raggiunti dalle CdC dovranno essere valutati considerando la rete aziendale in cui sono inserite, con la quale dialogano, con cui condividono le risorse e su cui fanno sviluppare, per disegno, i percorsi di presa in carico dei propri pazienti.

6. Modelli professionali e di servizi per la presa in carico della cronicità

di Francesca Guerra e Valeria Tozzi

Il ripensamento delle logiche e dei modelli a supporto della presa in carico dei pazienti cronici si impone nel contesto contemporaneo occidentale a causa della forte incidenza delle patologie croniche sulla popolazione e dell'altrettanto forte ripercussione delle spese per la cronicità sui budget sanitari. Dopo aver inquadrato il fenomeno della cronicità nella prima sezione, nella seconda parte questo capitolo ricostruisce alcuni progetti regionali sperimentati fino a oggi, per poi approfondire il caso della Regione Lombardia nella terza, con l'obiettivo di mettere a fuoco alcuni elementi di innovazione utili alla riprogettazione della presa in carico. Nella seconda e terza sezione si interpreteranno le iniziative intraprese e gli impulsi di rinnovamento attraverso tre fabbisogni di sistema: strategie di conoscenza del bisogno e di governo della domanda, gestione della polipatologia e della fragilità, disegno delle caratteristiche dei servizi.

Rethinking the logics and models supporting the care of chronic patients is necessary in the western context because of the high incidence of chronic diseases on the population and the equally high repercussion of chronicity expenditures on health budgets. This paper, after framing the phenomenon of chronicity in the first section, in the second section reconstructs some regional projects, and then delves into the case of the Lombardy Region in the third, with the aim of focusing on some elements of innovation useful for the redesign of care taking. To address the second and third sections, the initiatives undertaken and the impulses for renewal will be interpreted through three system needs: strategies for knowledge of need and governance of demand, management of polypathology and frailty, and design of service characteristics.



Il vortice del paziente cronico

6.1 Il fenomeno della cronicità

L'importanza del fenomeno della cronicità, di cui sono state già illustrate le caratteristiche distintive all'interno del Capitolo 2, si può registrare da almeno due prospettive. Dal punto di vista epidemiologico, le malattie croniche rappresenteranno entro il 2030 il 70% delle condizioni patologiche e saranno la causa dell'80% delle morti in tutto il mondo (Nuño *et al.*, 2021). Inoltre, il fenomeno della cronicità è fortemente correlato a quello dell'invecchiamento (Prince *et al.*, 2015). Per questa ragione l'Italia – Paese più anziano d'Europa (Mazzola *et al.*, 2016) e secondo più anziano al mondo dopo il Giappone (IIASA, 2018) – è fortemente coinvolta dal fenomeno. Dal punto di vista economico, tutti i Paesi europei pagano un conto salato per la gestione della cronicità: una porzione compresa fra il 70% e l'80% dei budget sanitari viene infatti impiegata per il trattamento delle malattie croniche (OECD, 2016).

In un contesto così delineato, permangono alcuni limiti nei sistemi di assistenza sanitaria: un'organizzazione dei sistemi incentrata su modelli di assistenza acuta, reattiva ed episodica (Jadad *et al.*, 2010); la tendenza a privilegiare un approccio orientato alla risposta (ovvero affrontando i sintomi quando la persona si trova in uno stadio critico) piuttosto che di promozione della salute e prevenzione delle malattie nella popolazione; la frammentazione del sistema di offerta (Nuño *et al.*, 2021) causata da processi assistenziali frammentati a silos verticali, in cui partecipano molteplici attori non coordinati tra loro. Il costo del disallineamento tra le caratteristiche auspicabili e quelle attuali dei servizi per la cronicità ricade, oltre che sul paziente che deve ricomporre autonomamente l'offerta (operazione complessa che viene svolta più facilmente dalla popolazione colta e inserita in forti reti sociali), anche sui professionisti sanitari che si trovano a svolgere prestazioni senza avere la percezione del quadro generale della storia del paziente, causando demotivazione nel personale e disaffezione verso il SSN. Inoltre, tale frammentazione causa anche duplicazioni e variabilità nei consumi sanitari legati a patologie omogenee.

Per questi motivi, i tentativi di ripensamento dei modelli di presa in carico sono particolarmente rilevanti soprattutto nella fase attuale, in cui il sistema paese può cogliere importanti opportunità per la riprogettazione dei servizi potendo usufruire di una visione di lungo periodo tratteggiata dal Piano Nazionale Cronicità (PNC) del 2016, una strategia affiancata da un preciso piano di finanziamenti fornito dal PNRR e metodologie, standard e logiche per riprogettare l'intera filiera dei servizi territoriali indicati dal DM 77.

Il capitolo discute come cogliere tutte le opportunità di questo favorevole contesto, ripensando le logiche e i servizi per la cronicità, fornendo risposte possibili a questioni sia di *policy* sia manageriali necessarie al raggiungimento degli obiettivi che la presa in carico si pone. Nel paragrafo 6.2 vengono illustrati tre

fabbisogni di sistema per la presa in carico, tratteggiando alcune iniziative realizzate fino a oggi in vari contesti regionali. Nel paragrafo 6.3 viene approfondito il caso lombardo, ripercorrendo i principali spunti di riflessioni alla base della riprogettazione del modello di presa in carico regionale attraverso le tre lenti di analisi proposte nella sezione precedente. Il presente contributo riflette sulla cronicità come opportunità per esplorare una risposta integrata a un bisogno di salute continuo (Allotey *et al.*, 2011), longitudinale nel tempo, nelle transizioni tra i luoghi e nei livelli di cura. Si è scelto di approfondire il caso della Lombardia, perché dalle sperimentazioni CReG (Chronic Related Group) del 2011 ai successivi processi di riforma la Regione si è dimostrata un laboratorio interessante nella gestione della cronicità da cui dedurre lezioni rilevanti sia dai successi sia dalle criticità emerse. Gli elementi di particolare rilievo del modello lombardo sono riconducibili a:

- governance regionale accentrata nel disegno, promozione e implementazione dell'innovazione;
- sistema informativo in grado di segmentare nominativamente i pazienti in classi secondo logiche di numerosità e intensità delle patologie;
- strumenti operativi digitalizzati per gestire la presa in carico come il Piano di Assistenza Individuale (PAI) diffusi fra i MMG e tutti i provider del SSR e un sistema regionale in grado di monitorare la loro completezza, diffusione e dinamica nel tempo.

Il capitolo si conclude con la sintesi dei suoi messaggi chiave.

6.2 A che punto siamo con la presa in carico della cronicità nel SSN: progettare il futuro preservando il passato

Oggi la sfida in tema di presa in carico e gestione della cronicità si sostanzia nel tentativo di calibrare le innovazioni proposte da PNRR e DM 77 con la storia costruita e i progressi consolidati all'interno dei diversi contesti territoriali. In particolare, tre sono i fabbisogni di sistema che stanno caratterizzando la trasformazione dei processi di presa in carico e che stanno dettando i ragionamenti di riorganizzazione dei servizi per le patologie croniche: (i) strategie di conoscenza del bisogno e correlato governo della domanda; (ii) gestione della polipatologia e della fragilità; (iii) disegno delle caratteristiche dei servizi. Il paragrafo illustra il significato dei tre fabbisogni di sistema, ripercorrendo alcune esperienze già intraprese da alcuni contesti regionali prima del periodo pandemico.

6.2.1 Le strategie di conoscenza del bisogno e di governo della domanda

I sistemi regionali sono impegnati da molti anni nello sforzo di conoscere il bisogno di salute della popolazione di riferimento, reclutare i pazienti appropriati con azioni proattive per intercettare chi non accede al SSN o non consuma prestazioni e di disincentivo per gli iper-consumatori e, conseguentemente, programmare coerentemente l'offerta dei servizi (Tedeschi e Tozzi, 2004; Lega, 2012; Fattore *et al.*, 2018). In altre parole, si è radicata la convinzione che conoscere le caratteristiche e i bisogni della popolazione di riferimento sia indispensabile per progettare servizi *tailor-made*, che rispondano in modo efficace e proattivo alle esigenze sanitarie dei cittadini.

Questo orientamento nel governo della domanda ha imposto l'adozione di prospettive di Population Health Management (PHM) (Tozzi *et al.*, 2015; Barzan *et al.*, 2017) e l'utilizzo di banche dati amministrative per comprendere la numerosità della popolazione affetta dalle diverse condizioni di malattia e formulare modelli di offerta specifici (Tozzi *et al.*, 2019).

In questa direzione si sono mosse fino a oggi regioni come l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto e la Lombardia, le quali hanno adottato logiche di PHM, seppure con approcci differenziati sia sul piano dei metodi sia delle scelte di *policy implementation* (Tozzi *et al.*, 2020), accomunate dalla volontà di conoscere i bisogni di salute della popolazione di riferimento servendosi dei flussi amministrativi alimentati dall'erogazione dei servizi attivati. Anche Puglia e Sicilia hanno realizzato un'aggregazione delle fonti amministrative che riguardano la popolazione (Banca Dati Assistito) come elemento di partenza per una strategia di PHM.

Se alcune esperienze sono già in atto nei contesti regionali più lungimiranti, il DM 77 oggi propone la sanità d'iniziativa come una priorità del modello assistenziale nazionale. L'anticipazione della domanda di salute attraverso logiche e strumenti di analisi dei bisogni e l'utilizzo dei *big data* diventa fattore abilitante alla realizzazione della sanità di iniziativa, essendo il punto di partenza per una presa in carico proattiva e personalizzata rispetto alle caratteristiche e alle necessità del singolo individuo.

6.2.2 La gestione della polipatologia e della fragilità

Per molti pazienti cronici, soprattutto i più anziani, la presenza contemporanea di più patologie rende la loro gestione più complessa per la necessità di conciliare molteplici percorsi di cura che si possono sovrapporre o influenzare (sovrapposizione di terapie, duplicazioni di visite, interlocuzione con diversi specialisti, accesso a diverse strutture di offerta ecc.). Tale situazione, ancor più se associata a condizioni di fragilità sociale, impone il disegno di modelli di offerta in grado di rispondere a un quadro di bisogni ampio e articolato. Per questo motivo, emerge con forza la necessità di superare la visione del paziente per silos

di patologia e, piuttosto, disegnare formule organizzative in grado di offrire una risposta integrata ai bisogni del paziente. Una regia unitaria dei percorsi di cura favorisce la conciliazione degli interventi terapeutici e di conseguenza consente di raggiungere esiti migliori in termini di aderenza alla terapia prescritta e agli stili di vita indicati (Tozzi *et al.*, 2019).

Ragionando in termini di dove gestire la polipatologia, il DM 77 identifica gli standard assistenziali e indica quali sono i setting di cura idonei alla presa in carico, ovvero le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC). Le strutture di cure primarie e le strutture di cure intermedie, in varie configurazioni e denominazioni, erano già presenti nel territorio prima della loro previsione all'interno del DM 77. Senza la pretesa di ripercorrere tutte le esperienze dei vari contesti regionali si ricorda che le Case della Salute sono state istituite nel 2010 in Emilia-Romagna, nel 2015 in Lazio, in Sardegna nel 2017. In Sicilia sono state dedicate strutture alle cure primarie denominate Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) dal 2010 e in Puglia dal 2017. In Lombardia si parla invece di Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) istituiti nel 2015, oppure di Medicine di Gruppo Integrate (MGI) della Regione Veneto. Anche per quanto riguarda le strutture di cure intermedie, regioni come l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto, la Sardegna o la P.A. di Trento hanno sperimentato gli OdC già a partire dal 2014.

Questi setting sono pensati anche per rispondere ai bisogni dei pazienti pluripatologici nella misura in cui concentrano in un unico luogo fisico servizi e professionisti, facilitando gli scambi fra questi ultimi. La conciliazione dei bisogni dell'utente avviene, infatti, grazie all'integrazione dei servizi offerti e delle competenze dei professionisti che vi operano. Altre soluzioni organizzative per favorire una risposta integrata possono essere sperimentate grazie alle tecnologie e-Health (come la telemedicina e la teleassistenza) che permettono di strutturare un percorso per il paziente a rete, facilitando la connessione fra i diversi attori incaricati delle varie fasi assistenziali e di erogazione dei servizi, con alcuni dei servizi erogati digitalmente da remoto al domicilio del paziente o ovunque si trovi (a casa di un parente, in vacanza ecc.).

Passando alla gestione dei pazienti comorbidi, entrano in gioco le necessità di coordinamento fra i professionisti coinvolti nelle differenti patologie e nei diversi momenti del percorso di cura. Lo studio dei PDTA per le patologie croniche (Tozzi *et al.*, 2014) ha osservato che quando la combinazione fra patologie riguarda solo patologie a lunga sopravvivenza (come diabete o artrite reumatoide) si crea un problema di conciliazione terapeutica che non si presenta quando una delle due (o più) patologie è a bassa sopravvivenza (come la neoplasia in fase attiva). Nel secondo caso, infatti, è lo specialista che gestisce la patologia più complicata a farsi carico della conciliazione e dell'orientamento di tutti i percorsi, a causa delle prevalenti esigenze dettate dalla malattia di cui si occupa. La gestione contemporanea di più percorsi si complica nello scenario

in cui a più patologie è associato l'invecchiamento del paziente o sono presenti condizioni di fragilità sociale. Questi elementi richiedono che il coordinamento professionale coinvolga sempre di più personale infermieristico o socioassistenziale, richiedendo ulteriori sforzi di omogeneizzazione di valori e linguaggi per poter suddividere le responsabilità dei professionisti nelle diverse fasi del percorso assistenziale del paziente.

Un ultimo passaggio su cui ragionare è la gestione delle patologie croniche ad alta complessità, molto frequentemente associate a condizioni di fragilità. Per tali pazienti esiste una oggettiva difficoltà di efficace presa in carico sia nel contesto dei servizi territoriali, a causa di insufficienti risorse o livello di specializzazione, sia nei servizi ospedalieri specialistici, focalizzati sul processo assistenziale acuto e meno sul percorso assistenziale di medio-lungo periodo. La sclerosi multipla, per esempio, è una malattia cronica degenerativa che richiede un dialogo tra professionisti e strutture di offerta del territorio e ospedaliero in modo che possano essere messe a sistema le competenze specialistiche degli ospedali con le pratiche di assistenza che caratterizzano i servizi territoriali. La sfida è quella di coniugare le competenze altamente differenziate dei professionisti con percorsi di cura eterogenei a seconda dello stadio di patologia del paziente. Proprio per questi motivi le possibilità di organizzazione dei processi di *back-office*, da un lato, e di *service design*, dall'altro, sono molteplici. A seconda del contesto, si può decidere di far convergere i pazienti verso un unico centro specializzato, oppure disegnare meccanismi di coordinamento attraverso logiche multicanale come la televisita, oppure ancora di delega di alcune parti del percorso ad altri professionisti (come gli specialisti ambulatoriali convenzionati).

In tema di gestione della comorbidità, emerge più in generale la necessità, per ogni patologia e stadio di patologia, di definire chi sia il clinico responsabile del caso e di conseguenza del PAI inteso come processo di sintesi e conciliazione clinica, evitando incertezze e sovrapposizioni. Il PAI è, infatti, uno strumento di programmazione clinica e gestione dell'erogazione delle prestazioni che prende in considerazione un'azione di trattamento continuativa nel tempo in grado di rendere il paziente consapevole del «pacchetto» di prestazioni e attività che lo riguarderanno nel medio periodo. Al tempo stesso, consente di definire gli impegni reciproci di SSN (garanzia delle prestazioni) e cittadino (aderenza alla terapia, stile di vita conforme a quanto suggerito, impegno a rispettare quanto previsto dal PAI).

Le assegnazioni delle responsabilità sono fisiologicamente a geografia variabile nel SSN, perché dipendono soprattutto dai processi di *knowledge transfer* attivi nelle singole ASL e nelle singole discipline, che possono determinare competenze ed *empowerment* professionale rafforzati o indeboliti sulla singola patologia nella filiera professionale composta da MMG, specialisti convenzionati e specialisti ospedalieri, da cui discendono ruoli e responsabilità. Per esempio, gli

specialisti ospedalieri possono aver investito molto per sviluppare competenze dei MMG in alcuni ambiti (es. depressione leggera, scompenso, palliazione ecc.) determinando la possibilità di assegnare loro alcune tipologie di pazienti cronici. Viceversa, se questo non è avvenuto, la responsabilità clinica rimane in carico a specialisti convenzionati o ospedalieri, aumentando ulteriormente il loro carico di lavoro. La seconda determinante per la geografia della gestione della cronicità è la prevalenza epidemiologica in un singolo contesto e la disponibilità di professionisti competenti sulla patologia (MMG, specialisti ambulatoriali e ospedalieri). Cruciale diventa individuare, in ogni ASL o distretto, chi gestisce e regola l'assegnazione delle responsabilità cliniche per i pazienti cronici in funzione delle patologie e dei loro stadi. La terza determinante è quanto è stato alleggerito il carico burocratico e organizzativo dei professionisti, affinché si possano dedicare prevalentemente alla clinica. Se MMG o specialisti si vedono ridurre del 50% il carico burocratico, perché automatizzato o perché sono stati eliminati processi a modesto valore aggiunto, aumenta la possibilità di seguire un numero più ampio e complesso di pazienti cronici, cui si associa un significativo incremento della soddisfazione personale.

6.2.3 *Il disegno delle caratteristiche dei servizi per i pazienti cronici*

La costruzione dell'offerta di servizi è storicamente sempre passata dalla decisione clinica, la quale viene affinata attraverso la definizione di standard di EBM oppure la stesura di PDTA, e considerata garanzia del consumo delle prestazioni appropriate. Oggi questo paradigma da solo non è più valido: laddove viene formulata una decisione clinica, devono essere definiti contestualmente strumenti e modalità per rendere possibile l'accesso ai servizi. In altre parole, è diventato necessario associare alla decisione clinica una specifica attività di ridisegno delle caratteristiche dei servizi stessi, per garantire la loro effettiva fruibilità. La piena fruibilità dei servizi si basa almeno sui seguenti elementi distintivi: a) la conoscenza dei luoghi e dei meccanismi dove ottenere le prestazioni; b) la riduzione della frammentazione delle prestazioni (in un unico tempo, in un unico luogo e con un unico operatore); c) l'eliminazione per il paziente dell'onere di procurarsi ricette autorizzative e di dover prenotare in autonomia le prestazioni; d) *empowerment* dell'utente attraverso informazioni chiare sul suo percorso, sostegno all'aderenza e *conciergerie* nell'accesso.

- a. È necessario sviluppare strumenti di gestione dell'offerta capaci di pianificare le prestazioni in modo che siano erogate nei tempi e nelle modalità adeguate facilitando la gestione delle agende delle strutture, specialmente nei casi di transizione del paziente fra un setting e l'altro (Tozzi *et al.*, 2019). In questo senso le COT giocano un ruolo chiave nel semplificare le interdipendenze tra servizi in base alla *capacity* disponibile (come per esempio la transizione fra le dimissioni ospedaliere e i servizi di natura infermieristica erogati al domicilio del paziente).

Lo studio di Tozzi *et al.* rivela come Toscana, Veneto e Lombardia abbiano sviluppato forme di cure di transizione per la presa in carico della cronicità (attivazione della ACOT in Toscana nel 2008, della COT in Veneto nel 2013 e del Centro Servizi per la Continuità Assistenziale in Lombardia nel 2015) prima del DM 77, anche se il decreto ha ulteriormente valorizzato le cure di transizione e le COT come responsabili della transizione del paziente tra i diversi setting.

- b. Il paziente cronico necessita di regolari e frequenti prestazioni di varia natura: farmaci, visite, diagnostica, educazione all'autocura, momenti di *case management*. La ricomposizione delle diverse prestazioni in momenti di fruizione unitari, che si svolgono in un unico tempo, luogo e con l'esposizione al numero minimo possibili di operatori, semplificano la fruizione al paziente, ne aumentano l'aderenza e garantiscono completezza nel portafoglio di prestazioni necessarie. L'unificazione dei processi di consumo diminuisce anche i costi amministrativi per il SSN, perché si evita la ripetizione dei momenti di accettazione, rendicontazione e refertazione, ricondotti ad un *unicum*. A sua volta la stabilità della figura sanitaria di riferimento (medico o infermiere) garantisce la conoscenza della storia del paziente e quindi la riduzione del tempo prestazione, non dovendo ricomporre il quadro informativo sul paziente. La riduzione delle figure professionali che si interfacciano con il paziente (es. un professionista sanitario che fa il prelievo ed ECG in rapida sequenza e discute di aderenza alle terapie) garantisce *empowerment* del professionista (quindi motivazione) e riduzione dei costi di coordinamento. L'unitarietà o la riduzione degli operatori che si interfacciano con il paziente valorizzano, inoltre, le numerose iniziative di e-Health volte a sostenere lo scambio di informazioni fra le aziende sanitarie (o anche all'interno delle stesse) e testimoniano sforzi rilevanti per ricostruire la storia clinica del paziente e tenere insieme i dati prodotti, per esempio, nel momento della prenotazione delle prestazioni oppure della verifica dell'accesso ai servizi in tempi adeguati. L'utilizzo di piattaforme digitali a supporto dello scambio di informazioni fra i nodi della filiera, infatti, concorre a fare sintesi tra i percorsi di cura e semplificare le interdipendenze fra i servizi e Regioni come l'Emilia-Romagna, la PA di Trento, la Puglia, la Sicilia e il Veneto hanno aderito a queste iniziative già nel periodo pre-pandemico (Tozzi *et al.*, 2020).
- c. In questo scenario, il PAI si delinea come strumento ideale, anche se non sufficientemente diffuso a oggi, per abolire le ricette autorizzative routinarie per farmaci, accertamenti o visite e per garantire prenotazioni in *back office*, senza alcun lavoro per il paziente o il suo *caregiver*. Regioni come Liguria, Puglia, Lazio e Lombardia hanno già avviato progetti di introduzione e diffusione del PAI. In particolare, in quest'ultima nel 2020 sono stati redatti più di 250.000 PAI per i pazienti cronici. Il PAI permette potenzialmente di superare le ricette autorizzative routinarie, perché quando programmate nel PAI stesso, vengono attivate in *back office* in modo automatico e arrivano direttamente al servizio che erogherà la prestazione (sono inviate per conoscenza anche al paziente, ma senza

che questi debba stamparle). Questo permette di eliminare molto lavoro burocratico autorizzativo di MMG e specialisti, semplificando la vita dei pazienti e risultando quindi una innovazione *win-win*, senza sostanziali costi aggiuntivi. Si tratta semplicemente di considerare il PAI come lo «*script*» o il contenitore di molteplici ricette autorizzative, coerenti con la ripetitività che la condizione di cronicità impone. Allo stesso modo, quanto programmato nel PAI in termini di accertamenti e visite (comprendendo quelle presso MMG, CdC, poliambulatori, ospedali) può immediatamente essere prenotato dal CUP in *back office*, semplicemente allertando per tempo il paziente, con modalità e tempi concordati con il medesimo (via SMS, WhatsApp, e-mail, telefono ecc.). Anche in questo caso, alla semplificazione della vita del paziente corrisponderebbe un enorme risparmio amministrativo per il SSN, riducendo drasticamente l'attività dei CUP.

- d. Tutti gli elementi appena riportati aiutano a sviluppare l'*empowerment* del paziente e del suo *caregiver*, i quali otterrebbero rilevanti benefici dalla presenza di un piano clinico chiaro e completo, che indica diagnosi, terapie per i successivi 12 mesi, oltre a esiti intermedi attesi, stile di vita necessario e annessa prenotazione in *back office* dei servizi che tale piano prevede. Nella loro prospettiva risulterebbe centrale anche lo sforzo di *conciergerie*, concetto illustrato all'interno del Capitolo 2 di questo volume, con una intensità che è coerente alle sue resistenze o difficoltà ad accedere ai servizi (intensità modesta o nulla per pazienti colti e naturalmente aderenti al percorso complessivo; intensità molto alta per pazienti fragili, soli, con scarsa *literacy* e reti sociali).

In sintesi, gli elementi fondamentali per lo sviluppo di programmi e servizi di presa in carico della cronicità si basano su tre pilastri fondamentali: la valorizzazione dei *big data* epidemiologici e di consumo sanitario per segmentare e individuare il bisogno e poter reclutare proattivamente la domanda appropriata e prioritaria; la progettazione e il coordinamento dei luoghi e dei ruoli professionali deputati elettivamente alla gestione della cronicità; il ripensamento delle caratteristiche dei servizi per rendere fruibile il consumo delle prestazioni necessarie aumentando l'aderenza alle terapie e ai corretti stili di vita. Va sottolineato il diverso livello di maturità delle regioni nello sviluppo dei modelli di presa in carico che comporterà un processo di *change management* profondamente differenziato a seconda dello stadio di partenza dei contesti locali, sapendo che lo sviluppo di tutte le tre componenti indicate richiede un percorso pluriennale.

Avendo delineato gli elementi principali della presa in carico della cronicità, nel paragrafo 6.3 questi vengono utilizzati per discutere la progressiva trasformazione del modello adottato al proposito da Regione Lombardia.

6.3 Prospettive d'innovazione sulla presa in carico: il caso lombardo

In merito ai modelli di presa in carico della cronicità, la Lombardia ha avviato un iter normativo e programmatico complesso e articolato già dalle sperimentazioni CReG del 2011, proseguito poi con l'approvazione del Piano Regionale per la cronicità (LR n. 23 del 2015), con gli iter di riforma del 2017 (in particolare con la Delibera «Governo della Domanda» e Delibera «Riordino della Rete d'Offerta»), l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (DGR n. 2186 del 2018) e con la DGR n. 820 del 2019 che ha introdotto la figura del «Medico di Medicina Generale Referente», investendo il MMG dell'incarico di coordinare la presa in carico integrata e di promuovere la collaborazione tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nella gestione della cronicità.

In particolare, a partire dal 2018, i cittadini con patologie croniche assistiti in Lombardia da almeno due anni sono stati invitati ad aderire al progetto di Presa in Carico (PIC) da parte dell'ATS competente attraverso l'invio al domicilio di una lettera individuale. Aderendo al programma, il cittadino è stato chiamato a scegliere il Gestore¹ che avrebbe preso in carico i suoi bisogni di salute e a sottoscrivere con lui un «Patto di Cura» di validità annuale. Il modello attualmente in vigore prevede che il Gestore si occupi della redazione del PAI (anch'esso di validità annuale), completo di tutte le prescrizioni necessarie alla gestione delle patologie croniche di cui il paziente è affetto. Da quel momento il Gestore accompagna il paziente nel percorso di cura, programmando visite, esami e altre necessità cliniche, affiancandolo nell'attuazione dell'intero piano.

Sfruttando l'occasione della revisione dell'assetto dei servizi territoriali a seguito del DM 77 e delle successive deliberazioni regionali (DGR n. 6760 del 2022 e DGR n. 7592 del 2022) e forte delle esperienze condotte nei quattro anni di implementazione del modello di PIC, la Regione sta oggi lavorando alla revisione di alcuni aspetti del modello descritto, al fine di migliorarlo ulteriormente ed estenderlo a target di cittadini sempre più ampi. Nella sezione successiva si mostrano gli elementi distintivi del modello in vigore e di quello futuro in fase di progettazione, non con l'obiettivo di descriverne gli aspetti di dettaglio ma, piuttosto, cercando di mostrare alcune intuizioni alla base del processo di revisione, per mettere in risalto possibili logiche per la riprogettazione della presa in carico particolarmente coerenti con i fabbisogni di sistema fin qui presentati.

6.3.1 Le strategie di conoscenza del bisogno e di governo della domanda

Per quanto riguarda il governo della domanda, la riprogettazione prevede di preservare il modello di stratificazione già in uso a partire dal 2018, proposto dalla DGR n. 6164 del 2017 (su 5 livelli, da sano a complesso pluripatologico,

¹ Il Gestore può essere una cooperativa di MMG o un erogatore.

in coerenza con quanto anche previsto dal DM 77), riportato in modo semplificato nella Tabella 6.1.

Tabella 6.1 Stratificazione della popolazione e relativi meccanismi di presa in carico

Livello da DGR X/6164	Meccanismi di presa in carico
Livello I Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero e residenziale	Presa in carico ospedaliera
Livello II Cronicità poli-patologica con bisogni prevalenti extra-H, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Presa in carico territoriale
Livello III Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari/ <i>frequent users</i>	Presa in carico territoriale
Livello IV Soggetti «non cronici» che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali)	Promozione di stili di vita e prevenzione
Livello V Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Promozione di stili di vita e prevenzione

Fonte: rielaborazione degli autori dei documenti del tavolo di lavoro regionale

Il progetto di presa in carico territoriale, oggetto della revisione in atto, coinvolgerà i pazienti di livello II e III (Tabella 6.1) mentre i pazienti molto complessi (più di tre patologie – livello I) verranno presi in carico dalle strutture ospedaliere a causa della maggiore complessità clinico-assistenziale richiesta e i soggetti non cronici (livello IV e V) con un differente modello organizzativo e operativo. Il processo di stratificazione è il punto di partenza dell'individuazione dei target di pazienti da prendere in carico prioritariamente. A questo proposito, si segnalano due elementi rilevanti e innovativi che stanno emergendo dalla revisione del modello: la distribuzione delle responsabilità nella filiera istituzionale per l'assegnazione e l'arruolamento dei target; le logiche per la selezione dei target prioritari.

6.3.1.1 La distribuzione della responsabilità per il reclutamento dei target di pazienti

Se nel modello attualmente in vigore la Regione definisce centralmente i target di pazienti da reclutare e si assume interamente la responsabilità del loro raggiungimento, i ragionamenti sul modello in fase di revisione prevedono un'articolazione più complessa e in grado di distribuire le responsabilità fra i vari livelli istituzionali coinvolti. Nel dettaglio, è in corso di valutazione la seguente proposta: la Regione definisce un target annuale di reclutamento, declinandolo per le diverse ATS², le quali assegneranno di conseguenza obiettivi specifici alle proprie ASST³, tenendo conto delle specificità territoriali proprie di ciascuna e del numero storico di PAI attivati nelle precedenti stagioni della PIC lombarda. Il raggiungimento del target annuale rientrerà tra gli obiettivi di competenza del Direttore Generale dell'ASST, il quale a sua volta definirà gli obiettivi a livello distrettuale. Il conseguimento dei target potrà essere perseguito attraverso la valorizzazione della rete di CdC e il rafforzamento del rapporto con le AFT e i singoli MMG. Questi ultimi saranno responsabili della fase operativa di reclutamento di un numero predeterminato di pazienti, fra i propri assistiti, affetti dalle patologie croniche oggetto dell'iniziativa.

Questa soluzione permetterebbe ai diversi livelli istituzionali (Regione, ATS, ASST, Distretto, CdC, MMG) di operare in una logica di integrazione, continuità e coordinamento. I diversi attori verrebbero, infatti, ingaggiati e responsabilizzati nel raggiungimento degli obiettivi, conseguibili solo attraverso la concertazione delle attività di tutti gli attori coinvolti. La proposta prevede, inoltre, di definire target di reclutamento incrementali nel tempo, con la possibilità di valutarli ed eventualmente rivederli in base agli esiti delle attività di monitoraggio che verranno effettuate.

6.3.1.2 Le logiche per la definizione dei pazienti target

Per definire quali pazienti prendere in carico in via prioritaria, sono state condotte numerose discussioni volte a identificare possibili criteri in grado di selezionare 20 patologie a partire dalle 65 definite dalla DGR n. 6551 del 2017. I parametri a oggi individuati sono: tasso di ricovero, durata della malattia e tasso di contatto territoriale annuo. In particolare:

- il tasso di ricovero associato alla prevalenza è funzionale a identificare le patologie più diffuse e con minore incidenza ospedaliera, *proxy* di piena assistibilità da parte del territorio;

² Agenzie territoriali socio-sanitarie, enti intermedi di programmazione di area vasta, attivi per rispondere alle macroscopiche dimensioni di una regione con 10 mil di abitanti.

³ Aziende Socio Sanitarie Territoriali, equivalenti delle ASL delle altre regioni.

- la durata della malattia viene utilizzata per poter classificare le monopatie e le comorbidità di recente individuazione (durata ≤ 1 anno), di durata media (1-5 anni) e di lunga durata (5-10 anni e oltre 10 anni);
- il tasso di contatto territoriale annuo⁴ è, infine, utile per identificare i pazienti che si sono attestati come più restii a interagire con il sistema sanitario. Tale indicatore è configurato come una variabile composta da 5 categorie in base al numero di accessi annui: 0-2 (bassissimo contatto), 3-4 (basso contatto), 5-6 (medio contatto), 7-8 (elevato contatto), 9-12 (elevatissimo contatto).

Tali criteri possono permettere di identificare le 20 patologie da prendere in carico in via prioritaria che soddisfino le condizioni di:

- a. essere ad alta prevalenza e basso tasso di ospedalizzazione;
- b. avere una durata media di cinque anni (cronicità conclamata di lungo corso);
- c. presentare un basso tasso di contatto territoriale annuo (ovvero connesse a pazienti che accedono raramente dal MMG e sono ad alto rischio *undertreatment* o non aderenza).

Dovrà essere monitorato durante i primi contatti con il paziente se i bassi tassi di contatto con MMG sono motivati da un ricorso voluto di tali pazienti al mercato a pagamento (*out of pocket*) oppure sia causato da barriere generate, per esempio, da difficoltà nell'accesso, da scarsa qualità percepita nel servizio, da bassa *health literacy* o scarsa consapevolezza della propria condizione patologica. È evidente che per questa seconda categoria di pazienti i vantaggi derivanti da una presa in carico dei propri bisogni di salute sarebbero ampissimi.

6.3.2 La gestione della polipatologia e della fragilità

Come accennato nella sezione precedente, i pazienti coinvolti nel progetto di presa in carico revisionato saranno quelli appartenenti ai livelli II e III della Tabella 6.1, ovvero i monopatologici e i pluripatologici affetti da 2-3 patologie. Le fasi del processo di presa in carico saranno uguali per i due gruppi di pazienti (reclutamento attivo dei pazienti per raggiungere i target assegnati, arruolamento e definizione del PAI, prenotazione di prestazioni e visite in *back office*, supporto all'aderenza e *case management*, verifica del raggiungimento degli esiti) ma gli attori coinvolti nel processo (i) e le logiche e i meccanismi alla base del riconoscimento di incentivi (ii) saranno distinti a seconda del livello di comorbidità del paziente. Come precedentemente discusso, la presenza di polipatologie richiede un

⁴ Indica la quantità di mesi dell'anno in cui è stata individuata almeno una prescrizione farmaceutica o ambulatoriale, effettuata da un medico di assistenza primaria.

umentato sforzo assistenziale e una articolata definizione dei percorsi di cura e meccanismi di coordinamento fra professionisti (di norma il coinvolgimento di MMG e specialisti convenzionati o ospedalieri). Per questi motivi è stato ritenuto necessario prevedere elementi di differenza nel disegno dei percorsi.

Per quanto riguarda il primo punto, le discussioni in atto convergono nella necessità di assegnare la responsabilità della definizione e stesura del PAI in capo al MMG. Il PAI, di valenza annuale ma revisionabile in caso di necessità nel corso dell'anno (per esempio, nei casi di cambio di stadio, non aderenza sistematica, inefficacia del PAI stesso), verrà in entrambi i casi sottoscritto in modo congiunto dal MMG e dal paziente per incentivare la consapevolezza del percorso di cura stabilito e l'ingaggio di entrambi. Per i pazienti multipatologici (livello II) la redazione del PAI potrebbe richiedere un consulto approfondito con gli specialisti delle altre patologie di cui il paziente è affetto e la definizione di interventi congiunti con l'IFoC e/o gli operatori sociali, preferibilmente in spazi messi a disposizione nelle CdC, al fine di favorire un approccio multidisciplinare. Tale approccio varrebbe anche a facilitare la sperimentazione di PAI sempre più integrati con prestazioni sociosanitarie come l'ADI oppure sociali (comprese le iniziative di comunità) di cui si potrà godere di una vista unitaria all'interno del piano.

Anche per quanto concerne il sistema di remunerazione e incentivazione (ii), le logiche in fase di riflessione stanno giungendo a una differenziazione a seconda che si tratti di un paziente monopatologico o pluripatologico nelle diverse fasi previste nel percorso di presa in carico. In particolare, queste sono: a) stesura del PAI; b) prenotazione delle prestazioni; c) aderenza al percorso terapeutico (*case management*); d) raggiungimento degli esiti clinici intermedi.

Per i pazienti monopatologici, infatti, la retribuzione potrebbe essere collegata al raggiungimento degli obiettivi delle fasi a), c) e d). Per esempio, un'ipotesi possibile è suddividere l'incentivo per un MMG disponibile per paziente all'anno (es. 50 euro) al 20% per la stesura del PAI, 40% in funzione dell'aderenza del paziente e 40% in funzione del raggiungimento degli esiti clinici intermedi attesi.

Per i pazienti multimorbidi, invece, la retribuzione potrebbe essere collegata a tutte le fasi e quindi anche a quella relativa alla prenotazione delle prestazioni. In questo modo verrebbe corrisposta una tariffa per ciascuna fase da saldare con l'attore responsabile delle singole attività (MMG, Centro Servizi di cooperative, COT di riferimento territoriale). Secondo questa logica, se le funzioni di accompagnamento (prenotazione e *case management*) verranno svolte dalla CdC, attraverso il centro servizi e IFoC, le risorse dovrebbero essere trasferite alla rispettiva ASST; se invece verranno svolte dalla cooperativa di MMG, esse verranno trasferite alla medesima, per remunerare i fattori produttivi impiegati.

Di fatto, l'obiettivo è utilizzare una logica *pay by results* per sottolineare l'importanza della *compliance* del paziente al percorso terapeutico indicato dal suo gestore e il raggiungimento degli esiti clinici attesi. D'altro canto, nonostante l'attività di redazione del PAI non sia da intendersi come opzionale ma anzi pienamente rientrante nel portafoglio di task di responsabilità del MMG, l'intenzione è quella di remunerare anche lo sforzo di sintesi e programmazione della fase di redazione del PAI, cui si aggiunge la complessità della gestione e prenotazione delle prestazioni nel caso del paziente pluripatologico. Un sistema di remunerazione così disegnato richiede, da un lato, l'esistenza di un sistema informativo di monitoraggio in grado di seguire il paziente nelle diverse fasi assistenziali e necessita, dall'altro, la definizione *ex ante* di quali sono i risultati clinici attesi dal percorso di cura. Saranno oggetto di monitoraggio il raggiungimento dei target di reclutamento (in termini di coerenza dei PAI redatti rispetto al target, di mix fra pazienti storicamente reclutati e nuovi pazienti con scarsi tassi di contatto e di effettiva attivazione dei processi di prenotazione delle prestazioni previste nel PAI), l'aderenza al percorso e il raggiungimento degli esiti clinici, personalizzati in base alla patologia. La definizione di questi ultimi è particolarmente complessa e richiede sforzi clinico-programmatori significativi. La proposta, a questo proposito, è quella di valutare in una prima fase i consumi sanitari di percorso (come il numero di accessi in PS oppure la variazione del numero di ricoveri per determinati gruppi di patologie) per poi evolvere il modello includendo il monitoraggio di effettivi indicatori di esito clinico (come il livello della pressione arteriosa in pazienti ipertesi o di glicemia per quelli effetti da diabete).

6.3.3 *Il disegno delle caratteristiche dei servizi per i pazienti cronici*

All'interno del contesto lombardo, il PAI si configura come lo strumento cardine attorno al quale costruire il percorso di presa in carico. Assolve infatti ai due compiti centrali, già enunciati: produrre un piano clinico chiaro per il paziente e fare committenza dei servizi e dell'insieme delle prestazioni che tale piano programma *ex ante* con una prospettiva annuale. In particolare, il PAI così strutturato è in grado di assolvere ai punti enunciati nel paragrafo 6.2.3:

- a. permette di mettere a conoscenza il paziente circa le prestazioni che deve ottenere e i luoghi dove può farlo;
- b. riduce la frammentazione delle prestazioni circoscrivendo il numero di operatori con cui il paziente si deve interfacciare, delineando in modo chiaro i tempi e i luoghi di erogazione dei servizi
- c. elimina l'onere in capo al paziente di procurarsi ricette autorizzative e di prenotare in autonomia le prestazioni attraverso la strutturazione di un processo automatico in *back office* supportato dal Centro Servizi di cooperativa MMG o dalla COT di riferimento della ASST (in base alle scelte organizzative del

- MMG). Inoltre, il progetto prevede di abilitare COT e Centri Servizi alla prenotazione delle prestazioni su agende dedicate al processo di presa in carico da parte degli erogatori pubblici e privati accreditati del SSR;
- d. rafforza l'*empowerment* dell'utente attraverso informazioni chiare sul suo percorso, sostegno all'aderenza e *conciergerie* nell'accesso.

Il PAI che si sta disegnando conterrà anche le indicazioni sul corretto stile di vita che si suggerisce al paziente cronico, in base alla sua situazione clinica, età, condizione sociale di riferimento, abitudini e potenzialità. Questo esprime il patto bidirezionale tra SSN e paziente, in cui ogni lato della relazione si impegna per un contributo (servizi programmati e facilmente accessibili per il SSN e corretto stile di vita da parte del cittadino). Inoltre, nel PAI si vorrebbe fornire indicazione circa gli esiti clinici intermedi attesi, indicatore chiaro e intellegibile per il paziente sulla stabilità della propria salute e il raggiungimento congiunto tra la sua azione e il SSN di un obiettivo condiviso.

In sintesi, le modifiche e i miglioramenti che si stanno apportando al PAI sono finalizzate a renderlo uno strumento in grado di assolvere al compito di orientare il paziente rendendolo consapevole dei servizi che soddisfano i suoi bisogni, di prevedere meccanismi di contatto con la struttura d'offerta e di assicurare, attraverso le agende dedicate, che il paziente possa ricevere le prestazioni nei tempi prestabiliti, di esplicitare contributi e ricompense reciproche con il SSN, di rendere chiara la misura con cui si valuta il buon andamento della sua salute, delle cure e del suo impegno con il corretto stile di vita. Pone, inoltre, in capo al MMG la responsabilità sul processo di presa in carico, richiedendo a quest'ultimo una capacità di visione unitaria del percorso, di coordinamento degli altri professionisti e di tenuta delle fasi che lo compongono, scaricandolo però di oneri burocratici come la frequente ricettazione autorizzativa e la ricerca delle prestazioni per i pazienti nella rete formale e informale delle sue relazioni professionali.

6.4 Conclusioni

Considerando una speranza di vita di 82 anni in media, la presa in carico della cronicità dura circa 27 anni per ogni cittadino. Infatti, l'Istat riporta che a 55 anni di età la prevalenza di malattie croniche è del 50% (<http://dati.istat.it/>).

Questo giustifica la ricerca di sostenibilità e la necessità di una rivoluzione nella visione dei modelli assistenziali, che interroga ruoli, dinamiche lungo le filiere professionali e formati dei servizi. Si tratta di sostituire la visione della sanità come una sommatoria di episodi acuti che si aprono e chiudono, con logiche di azione a silos, con una visione alternativa di percorsi di 27 anni che tagliano orizzontalmente tutti i setting assistenziali, con una funzione di coordinamento clinico unitario, sostenuta da rilevanti meccanismi operativi digitali

che programmano *ex ante* e monitorano *ex post* gli accadimenti prevedibili dei pazienti. Dalla sanità «*on demand*» per episodi o prestazioni, si passa alla sanità di iniziativa in cui il SSN predefinisce per lunghi periodi di tempo i consumi necessari, programmando *ex ante* gli appuntamenti, eliminando elementi burocratico autorizzativi, concentrandosi sulla verifica dell'aderenza e degli esiti. L'indispensabilità di questa trasformazione si contrappone alla sua difficoltà culturale e organizzativa, per un SSN che ha raggiunto invidiabili risultati di outcome, aspettative di vita, appropriatezza ed equità seppur con la logica di specializzazione per silos, stratificazione di assetti organizzativi, culture professionali e sistemi informativi a canne d'organo.

Come è stato argomentato nel presente capitolo, la grande sfida è però scomponibile in piccoli passi, la cui sommatoria può costituire un grande viaggio pluriennale di grande significato per i cittadini, per i pazienti e per i professionisti. Da un lato è importante valorizzare i *big data* sanitari di cui già disponiamo. Sappiamo già oggi quali pazienti cronici, per patologia e stadio, sono *under* o *overtreated*, sono aderenti o non alle terapie. Si tratta «solo» di iniziare a usare sistematicamente queste informazioni già disponibili. Per farlo occorre dividere organicamente compiti e competenze. Siamo in una fase storica in cui la «messa è molta ma gli operai sono pochi», ovvero in cui i cittadini che usufruiscono dei servizi sanitari abbondano ma le risorse destinate al SSN sono il 6-6,5% del PIL, determinando per ogni setting e ogni operatore la sensazione di essere sopraffatto da un eccesso di volumi e liste di attesa. Non si tratta pertanto più di contendersi i pazienti, ma, al contrario, di suddividerli per evitare ridondanze o gap di servizio. Questo richiede di valorizzare la stratificazione della cronicità, distribuendo la responsabilità della presa in carico lungo tutta la filiera professionale (MMG, specialisti ambulatoriali e ospedalieri) in funzione degli stadi di patologia. È un grande sforzo organizzativo che richiede l'individuazione di nuove responsabilità, nuovi «sacerdoti» capaci di questo processo di allocazione di ruoli e competenze professionali.

Se i pazienti sono allocati razionalmente per stadi ai professionisti più appropriati occorre trasformare i format dei servizi, tagliando i processi privi di valore aggiunto (ricette autorizzative e prenotazioni delle prestazioni a carico dei pazienti in *front office*), aggiungendo i processi ad alto valore aggiunto oggi non disponibili (*case management* su aderenza e controllo proattivo degli esiti intermedi). Il taglio dei processi a basso o nullo valore aggiunto libera risorse amministrative e dei clinici, che possono essere trasformate nella componente necessaria di *case management* e prenotazione in *back office*. Si tratta pertanto di trasformazioni complesse che impegnano lunghi anni di innovazioni, capaci però di liberare risorse ed energie, ricreando un clima di motivazione tra i professionisti e di riconoscimento del valore del SSN da parte dei pazienti.

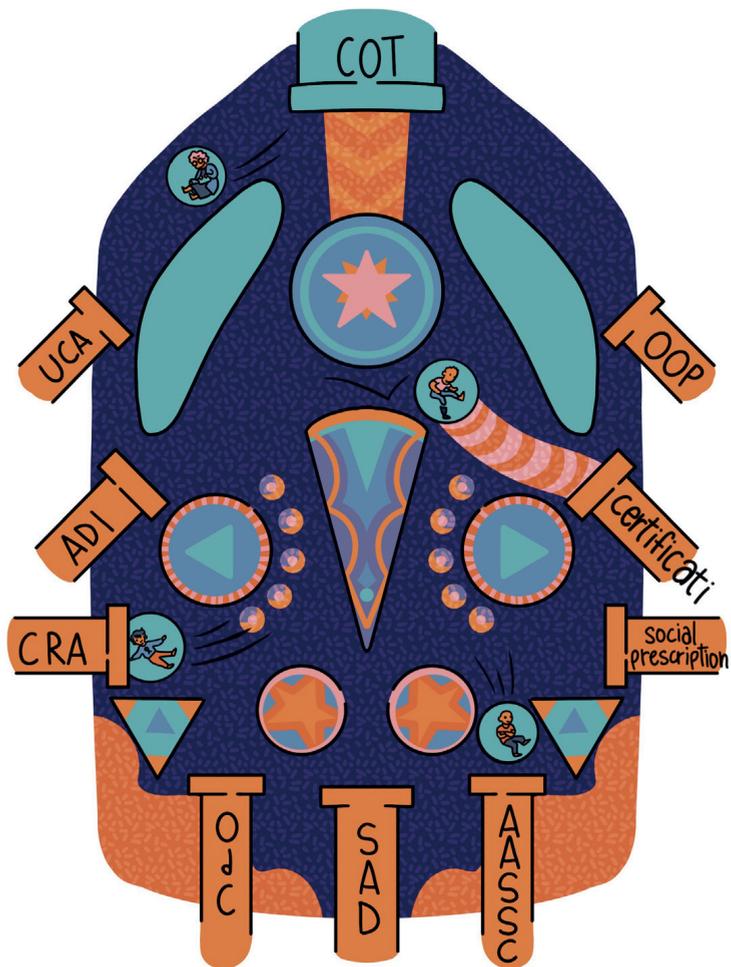
7. Funzioni e geografie della COT e la gestione della transizione

di *Lucia Ferrara e Federica Dalponte**

Il presente capitolo intende approfondire, nell'ambito delle cure di transizione, il modello delle COT, che il PNRR e il DM 77/22 identificano come modalità attraverso cui agire la transizione dei pazienti tra setting di cura differenti. Dopo aver riportato alcuni esempi di Centrali mappati a livello nazionale già esistenti prima del DM 77/22, viene proposto un *framework* per guidare la definizione delle cure di transizione e qui applicato alle COT. Per ognuna delle dimensioni del *framework* – modello di servizio, funzioni e condizioni organizzative delle COT – vengono riportate alcune interpretazioni e visioni alternative possibili, alla luce dei differenti fabbisogni di integrazione della filiera dei servizi nei diversi contesti. Il capitolo si chiude con l'identificazione di quattro fattori fondamentali per l'attivazione efficace delle COT nei diversi contesti.

This chapter aims to examine the model of Operating Centres for OCTs), also known as COT, within the context of transitional care. The OCTs are identified by the PNRR and the DM77/22 as means to facilitate the transition of patients between different care settings. In this chapter, we begin by presenting examples of existing OCTs at the national level prior to the implementation of the DM77/22. Subsequently, a framework originally designed to guide the definition of transitional care is here applied to OCTs. Each dimension of the framework, which encompasses the service model, functions, and organizational conditions of the OCTs, is discussed along with various interpretations and alternative perspectives. These variations in the framework's implementation are necessary to accommodate different contextual and territorial needs. The conclusion identifies four fundamental factors crucial for effectively implementing OCTs in various contexts.

* Benché il capitolo sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, sono da attribuire a Federica Dalponte i paragrafi 7.1 e 7.2 e a Lucia Ferrara i paragrafi 7.3 e 7.4.



La COT Pinball

7.1 Introduzione: i bisogni di transizione

Con il PNRR e il DM 77/22, i temi delle cure di transizione (CT) e delle COT sono divenuti centrali nell'agenda politica come modelli di riferimento con cui agire la transizione dei pazienti tra setting di cura differenti. Nella letteratura di riferimento, il dibattito sulle CT è maturo, seppure eterogeneo, e si ritrova all'interno di più ampi filoni di ricerca sul management e sulla gestione dei percorsi dei pazienti cronici¹. Riprendendo una delle definizioni più citate in letteratura, per CT si fa riferimento a tutte quelle «azioni limitate nel tempo, progettate per assicurare il coordinamento e la continuità tra livelli e/o setting di cura anche di complessità differenti all'interno di una o più strutture di offerta dalle cure primarie fino a quelle ultra specialistiche» (Naylor *et al.*, 2011; Coleman, 2003).

Le CT si rendono necessarie, in particolare, per far fronte ai problemi di transito tra setting di cura diversi all'interno della rete in cui incorre tipicamente il target di popolazione con una certa complessità socio-sanitaria (per esempio, il paziente anziano comorbido che vive da solo) o gestionale (per esempio, per via dei tempi di accesso alle strutture o carenza di posti letto di comunità), che difficilmente è possibile gestire con pratiche o procedure standard, poiché richiede interventi personalizzati. Per la gestione della casistica più fragile e complessa è, infatti, spesso necessario integrare servizi che fanno capo a strutture (sanitarie, assistenziali e spesso anche sociali) e professionisti diversi che operano secondo modelli operativi differenti.

Per tali pazienti con bisogni spesso non solo sanitari ma assistenziali e sociosanitari, diventa necessario costruire competenze specifiche dedicate alla gestione delle interdipendenze tra servizi differenti. Per assecondare questa scelta di specializzazione, si osserva la nascita di soluzioni centralizzate capaci di integrare, su scala territoriale, processi di accesso a servizi che devono essere messi in sequenza (dal ricovero ospedaliero alle cure intermedie, per esempio) o in parallelo (integrando le valutazioni cliniche con quelle sul contesto abitativo e familiare per inquadrare il caso e trovare il setting di destinazione più adeguato).

Il fabbisogno di integrazione tra servizi di setting diversi è stato enfatizzato anche dall'esperienza pandemica, durante la quale le USCA (unità speciali di continuità assistenziale) hanno svolto questo ruolo, occupandosi della gestione dei pazienti positivi a domicilio, integrando servizi di natura diversa e gestendo il trasferimento tra luoghi di cura quando necessario (Ferrara *et al.*, 2021).

Le COT, così come identificate dal PNRR e dal DM 77/22, rappresentano solo una delle modalità con cui può essere agita la transizione dei pazienti. Come discusso dagli autori in altri contributi sul tema (Ferrara *et al.*, 2017; Ferrara *et*

¹ Per un approfondimento del dibattito internazionale sulle CT si rimanda a Ferrara, Tozzi e Zazzera (2021).

al., 2021; Zazzera et al., 2021) le esperienze di CT possono essere raggruppate in quattro configurazioni tipiche, non esclusive tra loro, ma combinabili al fine di connettere sistemi di offerta frammentati:

1. Ruoli professionali dedicati alla gestione della transizione. Si tratta di figure professionali specializzate, per esempio, nella dimissione del paziente (infermieri nel ruolo di *transitional coach*, *guided care nurse* o *navigator manager*) spesso inserite nell'UO che ha gestito il ricovero del paziente, che, sulla base della valutazione del paziente in fase di pre-dimissione, collaborano con il team ospedaliero e con gli altri professionisti territoriali per identificare gli obiettivi di cura e sviluppare il PAI, seguendo il paziente per un periodo di tempo post transizione. Si tratta di una soluzione che prevede una forma di specializzazione sulla transizione rivolta a specifici profili professionali che sviluppano tali competenze. Una delle criticità di tale soluzione è la rete delle relazioni da costruire con i professionisti che operano in servizi diversi con i quali condividere la gestione del percorso del paziente.
2. Sistemi operativi che supportano la transizione. Si tratta di strumenti dedicati alla gestione automatizzata di informazioni sulla domanda di servizi e sull'offerta attivabile. Esempi sono le cartelle cliniche elettroniche che raccogliendo le informazioni sul paziente e condividendole tra i professionisti che intervengono nelle diverse fasi della malattia o delle malattie possono agevolare la transizione dall'ospedale al domicilio o i PDTA progettati e condivisi per la gestione di patologie croniche. Forme più evolute sono vere e proprie piattaforme all'interno delle quali poter prenotare l'accesso alle prestazioni a fronte di un percorso clinico assistenziale definito. Si tratta di soluzioni cruciali per fare committenza reale sull'accesso ai servizi da parte di chi deve trasformare la decisione clinico assistenziale sul caso in servizi fattibilmente fruibili da parte del paziente.
3. Servizi dedicati che gestiscono la transizione. Si tratta di un modello organizzativo che prevede dei «reparti» fisici o a volte virtuali con delle equipe a valenza ospedaliera o territoriale (in alcuni casi delle vere strutture organizzative), guidate da infermieri, o di tipo multiprofessionale (composte da infermiere, assistente sociale, fisioterapista ecc.) che si occupano di valutare i bisogni funzionali e supportare il piano di dimissione delle cure, la riconciliazione terapeutica e il coordinamento delle cure. In via generale, possono essere associati alle cosiddette *discharge room*, ossia sale di dimissione, dotate di posti letto e poltrone che accolgono i pazienti in attesa di dimissione dall'ospedale in un ambiente sicuro con personale infermieristico e di supporto, al fine di provvedere

alla continuità delle cure fino al momento del trasferimento verso casa, altre strutture territoriali o ospedali.

4. Funzioni aziendali specifiche dedicate al management della transizione (centrali operative). Si tratta di modelli di *process management* che non solo supportano il «movimento» del paziente nella rete di offerta ma attivano una serie di strumenti per monitorare che il percorso di cura segua gli standard previsti (Ferrara *et al.*, 2017). Nel tempo, queste funzioni si sono evolute in vere e proprie agenzie interne specializzate sulla transizione del paziente, che gestiscono le relazioni tra servizi all'interno della stessa azienda e fungono da punto di contatto per tutti gli operatori extra aziendali interessati a organizzare la dimissione del paziente.

La COT interpreta in modo completo l'ultima configurazione descritta. Essa, infatti, «svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza»². In particolare, il DM 77/22 sottolinea l'importanza di un sistema dedicato allo scambio di informazioni prima, durante e dopo il trasferimento del paziente tra strutture (informazioni sul paziente, sull'offerta disponibile, sui tempi di transizione e sugli esiti degli interventi ecc.). Il DM 77/22 propone inoltre specifici standard (una COT ogni 100.000 abitanti) e individua la funzione della COT su scala distrettuale. Si prevede che la COT sia operativa sette giorni su sette e, dal punto di vista del personale, sia composta da un coordinatore infermieristico, da tre a cinque infermieri e una o due unità di personale di supporto (Dalponte *et al.*, 2022). La COT rappresenta quindi un modello organizzativo con funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona sia di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza) (Agenas, 2022).

7.2 Le esperienze di Centrali operative nel SSN

Sebbene molte aziende e regioni italiane si avviino a sviluppare le COT grazie allo stimolo del PNRR e del DM 77/22, altre regioni e aziende avevano già da diversi anni avviato delle esperienze di Centrali. Pur essendo tra loro molto eterogenee, è possibile tracciarne alcuni elementi distintivi comuni (Dalponte *et al.*, 2022), quali:

² Ministero della Salute, DL. n. 77 del 23 maggio 2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

- il target dei pazienti delle Centrali è rappresentato principalmente da pazienti fragili, con una complessità sociosanitaria e non autosufficienti. Le esperienze di Centrali, infatti, non si rivolgono a tutta la popolazione ma a quella intorno alla quale il sistema di offerta riscontra maggiore difficoltà a integrare gli interventi;
- il transito del paziente intercetta l'ospedale, nella fase di dimissione o di ammissione, ed evidenzia come, ancora oggi, la stabilizzazione del paziente in uscita dall'ospedale attraverso la corretta selezione delle strutture e dei setting di accoglienza sia critica;
- le Centrali si occupano prevalentemente del flusso dei pazienti in dimissione dell'ospedale (*step down*);
- le Centrali svolgono principalmente una funzione di *back office*, prevedendo solo in pochi casi anche uno sportello per l'accesso diretto;
- le funzioni principali delle Centrali includono la valutazione dell'appropriatezza della segnalazione, l'identificazione del setting e la prenotazione del posto letto nella struttura di destinazione.

Di seguito si riportano alcuni esempi di Centrali mappate nel tempo dagli autori. All'interno del contributo il focus è solo sulle esperienze sviluppate pre-Covid, in quanto durante l'esperienza pandemica sono state numerosissime le realtà aziendali e le regioni che hanno attivato forme di Centrali per la gestione dei pazienti Covid-19 positivi e il coordinamento delle USCA e nuovi modelli di integrazione tra servizi e professionisti per rispondere a una situazione di emergenza e straordinarietà. Tuttavia, le «Centrali Covid», a differenza di quelle sviluppate pre-pandemia, si sono focalizzate solo sui pazienti Covid-19 positivi e hanno sviluppato nuove funzioni non tipicamente presenti nelle Centrali pre-Covid, quali per esempio funzioni di telemedicina, per il monitoraggio da remoto dei pazienti Covid-19 positivi in regime domiciliare e presso i Covid Hotel, e funzioni di gestione centralizzata delle USCA e degli infermieri di famiglia, per l'assistenza domiciliare dei pazienti Covid-19 positivi (Dalponte *et al.*, 2022).

7.2.1 Le COT e l'esperienza dell'Ulss 9 Scaligera

Le COT sono state introdotte dal PSSR 2012-2016 e implementate in via sperimentale già dal 2014 nella Regione Veneto. La DGR 2271/2013 definisce le COT come «l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale» con una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente e di raccordo tra i soggetti della rete assistenziale e pone i primi elementi distintivi e gli elementi comuni per l'attivazione delle COT, mentre lascia ampia autonomia a livello locale per la definizione delle condizioni di funzionamento e degli obiettivi operativi. Ogni azienda ha, quindi, dato attuazione in maniera autonoma e distintiva alle COT tenendo conto delle specificità aziendali e del contesto locale. La scelta distintiva

dell'Ulss 9 Scaligera è stata quella di definire le funzioni della COT su due livelli organizzativi (Ferrara *et al.*, 2021): a livello aziendale, è presente una COT unica che funge da «cabina di regia» delle sette Centrali Operative dell'ADI (COADI), svolge una funzione di monitoraggio dei processi di transizione dei pazienti in situazioni di fragilità, cronicità complessa e non autosufficienza gestiti localmente dalle COADI e di supporto in caso di interruzioni o sospensioni dei flussi, svolgendo una funzione di garanzia sui processi di coordinamento su scala territoriale. Le COADI, invece, gestiscono le attività operative: ricevono le segnalazioni dei casi di pazienti per i quali, dopo un'ulteriore valutazione del bisogno di transizione, vengono attivati i servizi necessari all'interno della filiera dei territori di riferimento; si occupano della presa in carico dei pazienti in dimissione protetta verso le cure domiciliari e dell'invio verso le strutture intermedie o residenziali del territorio, svolgendo funzioni di valutazione del bisogno, prenotazione del servizio e raccolta delle informazioni sul paziente. La filiera di riferimento delle COT dell'Ulss Scaligera è molto ampia, comprendendo i posti letto di cure intermedie, le strutture residenziali e quelle riabilitative, i servizi di assistenza domiciliare e altri interventi legati al domicilio. L'attività della COT è prevalentemente di tipo *step down* (in dimissione dall'ospedale) ed è rivolta al target dei pazienti cronici e/o non autosufficienti e/o con fragilità sociale.

7.2.2 L'ACOT dell'AUSL Toscana Sud Est

Le prime linee di indirizzo per la costituzione dei modelli di *discharge room* e le prime versioni delle Agenzie per la Continuità Ospedale Territorio (ACOT) sono state individuate in Toscana nel 2008 e definite più puntualmente nel 2016. L'ACOT è un servizio di integrazione che fa capo funzionalmente alle Zone Distretto per gestire i flussi dei pazienti in uscita dagli ospedali (*step down*), operando nei presidi ospedalieri zionali di riferimento. Nel territorio dell'AUSL Toscana Sud Est (Ferrara *et al.*, 2017; Ferrara *et al.*, 2021) sono presenti 13 ACOT (una per ogni stabilimento ospedaliero) che garantiscono la continuità assistenziale nel transito tra setting nella fase di dimissione ospedaliera. Come nell'Ulss 9 Scaligera, la transizione dei pazienti complessi e fragili coinvolge due livelli organizzativi: a livello aziendale, è stata, infatti, creata la Centrale della Cronicità che funge da raccordo tra le 13 ACOT collegando tutti i professionisti con un sistema informatizzato e standardizzato, mentre, a livello di Zona Distretto, le ACOT gestiscono la parte più operativa. La Centrale della Cronicità raccoglie, quindi, le segnalazioni e gestisce tutte le informazioni destinate all'ACOT di riferimento in base al territorio di residenza del paziente, mentre l'ACOT verifica l'adeguatezza della segnalazione, individua il setting più appropriato per la transizione del paziente e avvia il percorso effettuando la prenotazione. Alcuni elementi distintivi dell'esperienza toscana sono: i) la disponibilità di una piattaforma INSIEL che utilizza un algoritmo per codificare una prima risposta e una prima valutazione multidimensionale del paziente; ii) la presenza a livello

centrale di un sistema di monitoraggio dei transiti dei pazienti e di un cruscotto sulle performance delle ACOT che permette di monitorare le varie fasi del percorso del paziente e di individuare eventuali difficoltà in fase di dimissione o accoglienza che rallentano il lavoro dell'ACOT e di attivare le risorse necessarie per risolverle.

7.2.3 *Le Centrali dell'ASST Niguarda*

Già dal 2017, presso l'ASST Niguarda (Dalponte *et al.*, 2022) erano in funzione due Centrali operative, il Centro Servizi Aziendale (CSA) istituito dai Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) delle ASST e il Centro Servizi di Milano (CSM) istituito dall'ATS Milano. Le due Centrali erano tra loro connesse, ma avevano funzioni diverse: il CSM gestiva centralmente solo la transizione dall'ospedale alle strutture intermedie che insistono nell'area metropolitana di Milano; mentre il CSA gestiva direttamente la segnalazione per l'attivazione degli altri setting (escluse le cure intermedie) o dell'ADI, e fungeva da raccordo tra unità operative dell'ASST Niguarda e CSM per le richieste di segnalazione per l'accesso in strutture intermedie. Alla fine del 2019, entrambe le Centrali hanno subito un cambiamento: il CSA è evoluto nella Centrale Unica per le dimissioni protette (CUDP), che ha assorbito anche il servizio sociale aziendale e si occupa di gestire la transizione dei pazienti non solo verso cure intermedie e ADI ma anche verso cure sub acute e specialistica riabilitativa (sia sul territorio della città metropolitana sia a livello regionale ed extraregionale), mentre il CSM è evoluto nella Centrale unica regionale per le dimissioni post ospedaliere, il cosiddetto «Portale PRIAMO», collocata fino a giugno 2022 presso il Pio Albergo Trivulzio. Tale Centrale regionale, nata per supportare la gestione dei pazienti cronici e complessi, durante l'emergenza Covid-19 ha avuto un ruolo pivotale nella gestione dei posti letto extra-ospedalieri (subacuti, postacuti, riabilitazione specialistica sanitaria, cure intermedie estensive e intensive, posti letto in RSA) per i pazienti positivi al Covid-19, provenienti sia dagli ospedali sia dal territorio e domicilio. Lo strumento principale utilizzato dal CSM era la scheda di valutazione unica, approvata e messa a regime in tutte le ASST dell'ATS, che comprendeva scale cliniche, di gestione delle terapie e delle medicazioni, funzionali (sull'autonomia residua, disturbi psicologici comportamentali ecc.) e informazioni sulla condizione sociale e assistenziale del paziente. Tale livello di dettaglio era funzionale all'attribuzione del profilo per l'accesso alle strutture intermedie e alla definizione del PAI, che doveva essere attivato dalla struttura al momento dell'accesso dell'utente.

7.2.4 *Le Centrali PCAP e CEMPA dell'AUSL di Bologna*

L'AUSL di Bologna (Dalponte *et al.*, 2022) ha attuato un sistema di Centrali basato su due perni: il Punto di Coordinamento dell'Assistenza Primaria

(PCAP) e la Centrale Metropolitana Post Acuzie (CEMPA). Il PCAP gestisce sia il flusso dei pazienti fragili e multimorbidi *step down*, in dimissione dall'ospedale verso i letti tecnici di cure intermedie o per cui è prevista l'attivazione dell'ADI, sia il flusso *step up* e può essere attivato anche dai MMG per l'invio dei pazienti fragili o cronici verso ambulatori specialistici o dedicati a patologie croniche o a gestione infermieristica o per l'attivazione di servizi erogati dal terzo settore. A differenza delle altre esperienze fin qui richiamate, il PCAP può avere un contatto diretto con il paziente ed è inserito all'interno del PUA nelle Case della Salute (CdS). A livello aziendale sono presenti 12 PCAP, distribuiti nei sei distretti dell'AUSL, con un ambito di competenza distrettuale o sub-distrettuale. Il PCAP svolge numerose funzioni: i) completa l'identificazione del bisogno legato alla transizione; ii) facilita l'individuazione del setting più appropriato e gestisce la prenotazione o attivazione del servizio o del percorso; iii) garantisce la funzione di committenza per i letti tecnici di cure intermedie, per i quali può effettuare direttamente la prenotazione, mentre per gli altri setting o servizi esercita una funzione di raccordo tra servizi o professionisti e di attivazione di processi.

La seconda Centrale attiva a livello aziendale è la CEMPA, la quale è invece collocata in una CdS dell'AUSL e agisce su scala aziendale verso un target più ridotto e specifico di pazienti, attivandosi solo nella funzione *step down*. La CEMPA non ha un contatto diretto con il paziente, si occupa di integrare la valutazione fatta dall'attore inviante, di prenotare il servizio e di monitorare l'offerta disponibile.

Durante la pandemia l'AUSL di Bologna ha attivato la Centrale interaziendale P-COVID, dedicata unicamente alla gestione dei percorsi dei pazienti Covid-19 dagli ospedali post acuti al domicilio o alle strutture residenziali o ai Covid hotel, attraverso la valutazione della segnalazione, l'identificazione del bisogno e del setting adeguato, la prenotazione del servizio e il monitoraggio dei percorsi.

7.2.5 I NUCOT dell'AUSL della Romagna

Dal 2018 nell'AUSL della Romagna sono stati istituiti i Nuclei di Continuità Ospedale-Territorio (NUCOT), Centrali con ambito di competenza provinciale, deputate alla gestione della transizione in direzione *step down* di pazienti con fragilità sanitaria, assistenziale e sociale e con difficoltà dimissoria. I quattro NUCOT si occupano della transizione verso le cure intermedie, i posti letto sociosanitari ad alta attività assistenziale e il domicilio, prenotando i servizi richiesti dai setting invianti (previa integrazione della valutazione e conferma del bisogno e del setting individuato dalla UO inviante), grazie alla possibilità di conoscere l'offerta disponibile. I NUCOT garantiscono, inoltre, il monitoraggio della situazione del paziente anche successivamente alla transizione e il monitoraggio del processo di transizione agito dai NUCOT stessi tramite indicatori

concordati a livello aziendale (Dalponte *et al.*, 2022). Le attività dei NUCOT a livello aziendale sono rese omogenee grazie allo sviluppo di procedure che definiscono il funzionamento, gli indicatori da monitorare e i modelli di coordinamento tra i diversi responsabili.

7.2.6 La COA dell'ASL Roma 1

Nel marzo 2019, l'ASL Roma 1 ha attivato la Centrale Operativa Aziendale (COA), al fine di creare una funzione di raccordo sia tra le strutture aziendali ospedaliere e territoriali, sia tra queste e le strutture extra-aziendali (pubbliche e private accreditate) e garantire continuità nei percorsi assistenziali. Inizialmente nata per supportare specificatamente il target dei pazienti con Sclerosi Multipla (SM), per migliorare i loro percorsi di transizione tra i Centri SM e il territorio (Zazzera *et al.*, 2020), la COA ha nel tempo ampliato le sue funzioni e a oggi si occupa di gestire la lista di attesa unica aziendale per l'accesso alle RSA, di valutare (tramite attivazione dell'*equipe* aziendale di cure palliative) l'accesso alle cure palliative residenziali e domiciliari e di facilitare la dimissione di minori con bisogni sanitari e sociosanitari complessi, che possono beneficiare di assistenza domiciliare integrata (Dalponte *et al.*, 2022). L'ambito di competenza della COA è interaziendale e il target è composto da persone non autosufficienti o con disabilità grave, persone fragili che necessitano di cure palliative e minori con bisogni sociosanitari complessi. Durante l'emergenza Covid-19, la COA ha esteso le sue funzioni per gestire la transizione dei pazienti Covid-19 in tutta la Regione e sono state attivate, nell'aprile 2020, anche le Centrali Distrettuali, come supporto locale a MMG e PLS per la gestione territoriale dei pazienti.

7.3 La COT: strategie e visioni alternative possibili

Dalla lettura dei casi emerge con chiarezza come le aziende e le regioni abbiano nel tempo sviluppato diverse esperienze di Centrali e si siano impegnate sulle proposte del PNRR e del DM 77/22 con un diverso grado di consapevolezza sul tema delle cure di transizione e delle centrali. Nel contesto delle varie innovazioni organizzative previste dal PNRR, le COT risultano quelle più indefinite e più difficilmente standardizzabili, in quanto i bisogni di integrazione a cui le COT cercano di rispondere sono contingenti e specifici per i singoli territori. Ne deriva un «universo» in costruzione, costellato da una serie di ambiguità derivanti dalla diversa conoscenza di cosa siano le cure di transizione in generale (e nello specifico le centrali) e dall'esperienza maturata sul tema. Di seguito si propone un *framework* per guidare la definizione delle cure di transizione (Ferrara *et al.*, 2021; Zazzera *et al.*, 2021), qui applicato specificatamente alle COT. Per ognuna delle dimensioni si riportano alcune interpretazioni e visioni alternative che emergono in questa fase progettuale, anche alla luce delle scelte che le regioni e le singole aziende stanno mettendo in campo.

Figura 7.1 Il framework di analisi e sviluppo delle COT



7.3.1 Il modello di servizio delle COT

Il modello di servizio delinea il *target* di riferimento delle COT, il flusso di pazienti gestito dalla Centrale (solo *step up*, solo *step down*, oppure entrambi), la filiera di servizi di riferimento, eventuali relazioni dirette con l'utente o con la sua famiglia (per condividere informazioni, per attività di educazione o per attività di valutazione del bisogno) o se il contatto con il paziente è mediato da professionisti sanitari; il contributo alla presa in carico, il rapporto tra COT e altri servizi aziendali e il rapporto tra COT e servizi di telemedicina.

7.3.1.1 Qual è il target di riferimento delle COT?

Il DM 77/22 non fa alcun accenno al target della COT ma, come emerso in precedenti contributi che hanno affrontato il tema (Ferrara, Morando e Tozzi, 2017; Ferrara *et al.*, 2021), le centrali di transizione hanno come target preferenziale i pazienti complessi dal punto di vista sociale e sociosanitario che presentano problemi di transito e che richiedono l'avvio di forme di coordinamento su scala aziendale e non solo distrettuale. Oggi si osserva spesso un tentativo di far convergere tutti i target e i bisogni di integrazione sulla COT. Tuttavia, la progettazione puntuale dei target di riferimento sui quali potrà concentrarsi il team della COT è fondamentale per non minare la sua efficacia ed evitare che la COT si intasi e diventi una «strozzatura burocratico-autorizzativa». Sarà quindi fondamentale per il buon funzionamento della COT definire i target potenziali grazie alla stratificazione del rischio. Va in questa direzione la Determina della Regione Lazio del 23 febbraio 2023 n. G02706 che, nel declinare il modello organizzativo delle COT, definisce come popolazione target della COT Aziendale

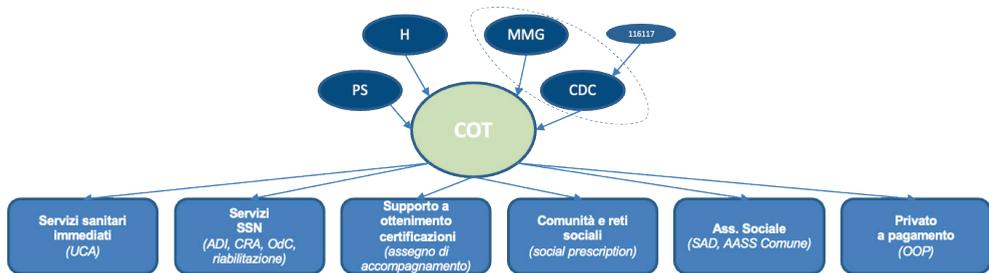
(COT-A) gli utenti (residenti e non residenti) non autosufficienti, in stato di fragilità sociale e/o complessità clinico assistenziale o con patologie croniche ad alta complessità diversificate per stadiazione e ricomprese in specifici PDTA.

7.3.1.2 Qual è la filiera dei servizi di riferimento della COT?

La filiera di riferimento della COT può includere i servizi sanitari (per esempio, cure intermedie, residenziali, dimissione domiciliare), sociosanitari, assistenziali, di comunità e *out-of-pocket* (Figura 7.2). È fisiologico che le COT possano avere un perimetro di azione variabile e crescente; è la singola azienda che deve decidere, anche in base alle competenze disponibili e alle esperienze storiche, se, quanto e quando integrare le diverse aree di servizi e attività (non solo sanitarie ma anche sociali) nello spazio di azione della COT affinché questa risulti efficace e organica sul terreno e non semplicemente dichiarata a parole e velleitaria nei fatti. L'espansione può progressivamente avvenire sia ampliando i nodi coinvolti nella rete, sia la percentuale di *capacity* produttiva aggregata, ma anche le funzioni esercitate.

Oltre ai servizi sanitari e sociosanitari, rimangono in ogni caso delle aree potenziali di espansione ancora più complesse da considerare per l'azione delle COT quali, per esempio: i servizi socioassistenziali dei Comuni; i consumi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali (es. badante) pagati privatamente dalle famiglie; le azioni assistenziali del volontariato e di inclusione sociale delle reti di comunità spontanee. In questo caso, è evidente che la riflessione si amplia e per essere davvero efficace deve comprendere le caratteristiche specifiche del territorio di riferimento, per esempio considerando il grado di integrazione pubblico-privato, il ruolo che il pubblico ricopre nei confronti del privato, quanto è fertile il capitale sociale e istituzionale e quanto quest'ultimo è in grado di facilitare la costruzione di reti sociali e di comunità. Aggiungendo questi elementi al quadro complessivo, quest'ultimo si complica notevolmente da un lato, ma dall'altro offre l'opportunità di ampliare, irrobustire e arricchire le relazioni tra i vari nodi della rete, tra gli attori che ne fanno parte, non dovendosi limitare al «già conosciuto» o a quello che normalmente ci si aspetterebbe come filiera dei servizi per la COT, ma anzi, apre nuove possibilità e spazi di innovazione.

Figura 7.2 La filiera dei servizi di riferimento della COT



7.3.1.3 Quali flussi gestisce?

Dalle esperienze di COT già attive e dai documenti ministeriali emerge come la COT possa gestire potenzialmente due flussi:

- il flusso *step down*, nella transizione da un setting assistenziale a maggiore intensità assistenziale (es. l'ospedale) a un percorso territoriale. È il caso della struttura ospedaliera che esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o supporti. In questo caso il flusso dei pazienti è tra ospedale e altri setting (residenziali, semi-residenziali, ADI, servizio sociale ecc.). La funzione della COT è quindi quella di raccogliere il bisogno e collaborare con la struttura dimettente per identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente. La COT coordina, traccia, monitora e interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione. Si configura pertanto come «dimissione protetta».
- Il flusso *step up*, nella transizione dal territorio a un setting a maggiore intensità assistenziale o tra setting territoriali. È il caso in cui il paziente è sul territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) ed esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile o di inserimento in una struttura (intermedia, hospice, riabilitativa ecc.) o necessita di modificare/integrare il setting assistenziale, per esempio per assecondare un bisogno di nuova manifestazione. In questo caso è il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del Distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con il MMG/PLS, che richiede l'attivazione della COT, la quale attiva le diverse procedure e raccoglie le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità di ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore ecc.). La presa in carico di questa necessità esiterà in

una transizione verso un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi); una transizione verso struttura sanitaria o altra struttura sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).

7.3.1.4 Qual è il rapporto tra COT, PUA, UVM e 116.117?

COT, PUA, UVM e numero 116.117 rappresentano i meccanismi di accesso, selezione e transizione del SSN, per cui vanno concettualizzati, progettati e gestiti unitariamente, organizzando e valorizzando le loro sistematiche interdipendenze. Di norma, essi afferiscono gerarchicamente al Distretto o al Dipartimento aziendale responsabile dei servizi territoriali (solitamente Dipartimento di Cure Primarie), proprio per il ruolo strategico di garanzia, committenza, coordinamento della produzione dei servizi territoriali, cure di transizione e allocazione delle risorse assistenziali ai pazienti. Esistono, tuttavia, alcuni elementi distintivi: in primo luogo, i documenti nazionali che tratteggiano la COT esplicitano chiaramente che non è attivabile dal paziente o dalla sua famiglia (funzionalità riconosciuta al numero unico 116.117 e al PUA) ma solo dai professionisti della salute (MMG, PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, professionisti sanitari dei servizi distrettuali, personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali, semiresidenziali o operante nei servizi sociali), sia nei flussi *step down* sia in quelli *step up*. La COT non costituisce, pertanto, un servizio di *front office* per gli utenti, non dovendo essere collocata in un luogo fisicamente identificato e visibile. Il servizio «*flagship*», visibile e riconoscibile dagli utenti, collocato in precisi luoghi fisici e piattaforme virtuali, è costituito dalla rete dei PUA del Distretto e dagli sportelli sociali dei Comuni, in raccordo con il numero telefonico unico 116.117. Essi rappresentano uno dei canali di invio dei pazienti nelle COT insieme alle segnalazioni provenienti dai setting erogativi, dai MMG e dagli assistenti sociali comunali, rispetto ai quali definire processi di *assessment* e di priorità.

Le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), invece, rappresentano il meccanismo di valutazione e certificazione del bisogno del paziente, considerando tutte le dimensioni rilevanti: fisiche, cognitive, psichiche, funzionali, relazionali, sociali ed economiche. Le UVM lavorano almeno a due livelli alternativi di complessità: attraverso uno o due professionisti (infermiere, medico, assistente sociale) in situazioni standard o semplici da decodificare; attraverso un team multidisciplinare per situazioni complesse, pluripatologiche o di rilevante interdipendenza tra problemi sociali e sanitari. La trasformazione della certificazione del bisogno garantita dalle UVM in risposta, in termini di servizi garantiti, avviene poi a carico delle COT, che decidono in funzione di criteri di priorità e di modulazione dell'offerta.

Infine, il numero 116.117 è un servizio di primo accesso che garantisce a livello di singolo Distretto le seguenti funzioni: piattaforma informativa per i cittadini sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi esistenti;

meccanismo di primo *triage* che segnala ai cittadini il servizio più appropriato rispetto ai bisogni che evidenziano; sistema di prenotazione ai servizi ritenuti per loro appropriati (es. valutazione in UVM, servizi della CdC, reclutamento nei percorsi per i cronici ecc.); attivazione procedura di emergenza in caso di necessità percepita dagli operatori.

7.3.1.5 Qual è il contributo alla presa in carico?

Spesso il contributo della COT alla presa in carico è lasciato implicito. Si parla, infatti, genericamente di presa in carico del paziente e di coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (Dalponte *et al.*, 2022). È questa genericità che spinge a estendere il target delle COT sia ai cronici fragili (l'apice della piramide delle cronicità) sia a quelli mono e pluripatologici per evitare che diventino fragili, e che porta ad attribuire alla COT una funzione di presa in carico. La COT, tuttavia, non fa la presa in carico del paziente, ma contribuisce alla presa in carico o mettendo in opera scelte sul setting di destinazione che la struttura inviante ha già definito oppure acquisendo una valutazione sul caso da gestire individuando autonomamente il setting di destinazione del paziente. Nel primo caso è una *facility* aziendale che lascia intatta la presa in carico nelle mani dei professionisti che inviano e di quelli che gestiscono il paziente nel setting di cura di destinazione. Nel secondo caso interviene nella presa in carico nella misura in cui ha competenze e strumenti per orientare il percorso di cura del singolo.

7.3.1.6 Qual è il rapporto tra COT e strumenti di telemedicina?

Un ulteriore tema che merita una riflessione riguarda il rapporto tra la COT e l'uso di strumenti di telemedicina. Dallo studio dei casi aziendali emerge come in certi contesti le COT siano state attivate per la gestione e il monitoraggio a domicilio dei pazienti Covid-19 positivi, anche attraverso piattaforme tecnologiche di supporto per la presa in carico dei pazienti a distanza (quali per esempio televisite o telemonitoraggio). Anche nel DM 77/22 l'uso di strumenti di telemedicina rientra nel perimetro della COT. Tuttavia, risulta opportuno evitare, come già evidenziato in precedenza, di far convergere sulla Centrale troppe funzioni che rischierebbero di intasarla, andando in contrasto con l'obiettivo primario delle Centrali di gestione delle transizioni di percorsi complessi. In questo senso, si ritiene che la COT non possa essere identificata come soggetto che eroga prestazioni di telemedicina, in quanto non si occupa della presa in carico dei pazienti. La COT potrebbe utilizzare le informazioni derivanti dall'uso degli strumenti di telemedicina da parte dei pazienti (es. telemonitoraggio, *eHealth*, *wearables* ecc.) a supporto delle sue funzioni di raccolta, decodifica e analisi del bisogno e di gestione e monitoraggio degli esiti della transizione. In linea con le

Linee guida organizzative contenenti il «*Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare*», approvate con DM 29 aprile 2022, la COT può contribuire all'attivazione del servizio di telemedicina/telecontrollo/telemonitoraggio e può monitorare che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.

7.3.2 Le funzioni delle COT

La COT, così come previsto dal DM 77/22, assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti: i) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, gestendo direttamente le cure di transizione per i pazienti più fragili, allocando e prioritizzando le risorse lungo la filiera delle cure intermedie, comprese le cure domiciliari, i processi di dimissione ospedaliera protetti e precoci e quelli di prevenzione dei ricoveri inappropriati; ii) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, fungendo da *case manager* dei fragili attivando soggetti e risorse della rete assistenziale, accompagnandoli e facilitandone il passaggio da un setting assistenziale all'altro; iii) tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; iv) coordinamento e integrazione con la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della cronicità gestita operativamente dalle CdC, fornendo supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali; v) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità.

Nello specifico, con riferimento alla funzione di gestione della transizione dei pazienti, è possibile identificare sette possibili declinazioni di tale funzione che possono essere agite dalla COT:

1. valutazione dell'appropriatezza della segnalazione che proviene dai reparti dimettenti nel flusso *step down* o dal territorio nel flusso *step up*, per esempio, verificando che i casi segnalati alla COT siano coerenti con il target di pazienti per cui è stato definito in quello specifico contesto e in linea con le strategie aziendali che la COT sia attivata;
2. identificazione del bisogno del paziente: le centrali possono integrare la valutazione dei bisogni dei pazienti che le sono stati segnalati (per esempio, con l'attivazione di UVM o con l'utilizzo di algoritmi) oppure possono solo ricevere la domanda di CT e agire operativamente le scelte sul setting di destinazione in quanto la valutazione è stata precedentemente completata dall'attore inviante;
3. individuazione del setting coerente rispetto al bisogno del paziente partendo dalle informazioni sul caso oppure attivazione del servizio indicato dalla struttura inviante;

4. verifica della disponibilità del servizio necessario (es. posto letto) con sistemi automatizzati;
5. prenotazione del servizio attraverso strumenti e procedure specifiche (committenza);
6. monitoraggio delle condizioni di salute del paziente anche a seguito della transizione (es. esito della transizione, re-ospedalizzazione);
7. monitoraggio e reporting dei processi di transizione gestiti (es. numero di pazienti gestiti dalla COT, tempi per la gestione delle segnalazioni ecc.).

7.3.3 Le condizioni organizzative per il funzionamento della COT

Questa dimensione fa riferimento a: i) la collocazione fisica in cui è inserita la centrale; ii) il bacino di riferimento aziendale o distrettuale della COT e la sua dipendenza organizzativa; iii) il personale che opera all'interno del team della centrale; iv) i sistemi informativi a supporto delle funzioni agite dalla centrale.

7.3.3.1 Dove collocare la COT?

La COT è un servizio aziendale e non una struttura fisica, come le CdC o gli OdC; pertanto, può essere sia posizionata in presidi autonomi a utilizzo esclusivo (di nuova realizzazione o edifici esistenti), sia ospitata all'interno di una struttura sanitaria già operativa (edifici e/o porzioni della struttura), come i nuovi presidi della sanità territoriale (CdC e OdC), RSA, ospedali generali e/o strutture similari. La prossimità fisica della COT con gli altri servizi territoriali previsti dal DM 77/22, con particolare riferimento alle CdC e agli OdC, rappresenta sicuramente un elemento di valore ed è un fattore abilitante, come molte delle esperienze di COT sviluppate pre-pandemia dimostrano.

7.3.3.2 A chi risponde la COT e qual è il bacino di riferimento?

Il DM 77/22 prevede lo standard di una COT ogni 100.000 abitanti, o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Dall'analisi dei movimenti delle regioni e delle aziende emerge tuttavia la necessità di bilanciare il requisito del DM 77/22 che prevede una valenza distrettuale della COT con il numero di COT programmato e concordato con Agenas che spesso risulta superiore al numero di Distretti. Ne è un esempio il già richiamato caso della Regione Lazio³ che nella programmazione delle innovazioni previste dal PNRR e DM 77/22 ha definito un modello di COT su più livelli: COT-A con un ruolo di governo aziendale dei transiti tra i diversi setting assistenziali coinvolti nel percorso di cura e assistenza, di gestione delle liste di attesa, dei

³ Si rimanda alla Determinazione della Regione Lazio G02706 del 28 febbraio 2023 per maggiori dettagli.

percorsi a valenza sovra-distrettuali e degli aspetti complessi in ambito sociosanitario, di coordinamento delle COT-D, omogeneizzazione e standardizzazione dei processi e delle procedure e di monitoraggio. Un secondo livello è rappresentato dalle COT-D (Centrale operativa Distrettuale) istituite in ogni Distretto dell'ASL con il compito di assicurare la continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria con funzioni di raccordo tra i vari servizi e professionisti, di governo delle attività di valutazione multidisciplinare e multidimensionale e di individuazione dei bisogni clinici, funzionali e sociali nel caso di cure di transizione attivate dal territorio. Per consentire il raggiungimento di risultati efficaci e di risposte flessibili e appropriate ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini, con DGR 643/2022, la Regione ha istituito un terzo livello, il Coordinamento regionale COT (CR-COT) con un ruolo di programmazione e gestione sovra-aziendale di percorsi organizzativi e assistenziali condivisi con le COT-A, di omogeneizzazione dei modelli e strumenti di valutazione, di monitoraggio e analisi dei processi.

Tale doppio (o triplo) livello era già stato osservato nell'analisi delle esperienze di COT sviluppate pre-pandemia (si veda il caso della AUSL Toscana Sud est o della COT dell'AUSL Scaligera, in cui in entrambi i casi era stata definita una Centrale Aziendale con funzione di monitoraggio e coordinamento delle centrali locali e delle Centrali distrettuali con un ruolo più operativo e specifico per i singoli territori).

A parere di chi scrive, la valenza distrettuale della COT sembra apparire particolarmente utile nella gestione del flusso *step up* essendo per natura collegato ai servizi di ciascun territorio e alle specificità e frammentazioni che ciascun territorio presenta; mentre la valenza aziendale della Centrale sembra essere strategica nella gestione del flusso *step down*, in cui la COT raccogliendo le domande e le segnalazioni provenienti anche da interlocutori esterni all'azienda e distribuendole ai vari ambiti distrettuali in base al domicilio del paziente funge da punto di coordinamento unico aziendale nella fase di dimissione per tutti quei soggetti esterni all'ASL che non riescono a raccordarsi con le singole realtà distrettuali.

7.3.3.3 Qual è lo standard professionale?

Lo standard professionale da prevedere in una COT, secondo il DM 77/22, comprende un responsabile/coordinatore infermieristico; 3-5 IFoC; 1-2 Unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo). La composizione e la numerosità del team all'interno delle COT dovrebbero tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. In aggiunta alle figure previste dal DM 77 che sono da considerare come standard minimo, è presumibile immaginare di integrare professionalità come infermiere *case manager*, medico, assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, o altri

professionisti la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.

7.3.3.4 Quali sono gli strumenti della COT?

Per garantire le funzioni sopra richiamate e per un efficace funzionamento delle COT, numerosi sono i processi da presidiare e gli strumenti da attivare. Qui di seguito ne richiamiamo alcuni.

In primo luogo, occorre omogeneizzare le procedure che i Distretti hanno per l'accesso ai servizi (per esempio, l'attivazione dell'UVM piuttosto che degli ausili), definire modalità uniformi e formalizzate di comunicazione e identificare strumenti di riferimento per la valutazione e classificazione del bisogno. A livello regionale, aziendale o intra-aziendale, nel corso del tempo sono state sviluppate e adottate diverse metriche e strumenti (SVAMA, SOSIA, BRASS ecc.). In alcuni contesti si tratta di sistemi di classificazione robusti, omogenei e completi, in altri vi sono eterogeneità, differenze interpretative e semantiche e parzialità operative. L'introduzione strutturale delle COT rappresenta un'importante finestra di opportunità per i singoli SSR per consolidare il sistema di valutazione multidimensionale o per abbracciarne uno nuovo più completo e robusto, considerando che da ora in poi un numero crescente di pazienti sarà valutato in flussi informativi digitalizzati e sistematici, che costituiscono la *baseline* operativa per la valutazione multidimensionale. Per ogni paziente occorre raccogliere un *assessment* iniziale, definire degli esiti attesi da ogni setting di invio e confrontarli con gli esiti raggiunti, sia per programmare la continuazione del percorso, sia per valutare l'efficacia dei diversi erogatori interni ed esterni contrattualizzati.

In secondo luogo, sarà cruciale la definizione di supporti tecnici e informativi, che permettano: i) di tenere traccia delle richieste di transizione; ii) di raccogliere informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dati sulla complessità del caso e dei bisogni; iii) di verificare per ogni caso i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali); iv) di monitorare lo stato di avanzamento della transizione e gli esiti della transizione.

Infine, il sistema operativo che garantisce il reale *empowerment* della COT è strettamente collegato alla possibilità di avere a disposizione una mappatura costantemente aggiornata dei servizi della rete con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti ecc.); alla possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture, avendo disponibilità diretta ed esclusiva della *capacity* della filiera assistenziale delle cure intermedie e socio-sanitarie (posti letto di OdC, slot di ADI, riabilitazione estensiva, RSA ecc.) e all'unificazione delle liste per l'accesso ad alcuni setting quali per esempio i posti letti di cure intermedie o delle RSA. Questo garantisce da un lato il rispetto dei volumi e dei mix programmati per i singoli erogatori e quindi la saturazione

della capacità produttiva contrattualizzata, e dall'altro l'invio dei pazienti appropriati nei singoli setting e la loro transizione ai setting successivi nei tempi standard previsti. La qualità e l'efficacia degli esiti sono garantite solo se la COT assegna a ogni paziente degli indici di funzionalità e/o degli *outcome* di salute intermedi che ci si attende vengano raggiunti dal singolo setting erogativo, concertati e sottoscritti in accordo con gli operatori del setting stesso. Essi diventano il *fil rouge* dei risultati attesi del processo di transizione e di passaggio da un setting all'altro e la base del sistema di monitoraggio e controllo.

7.4 Conclusioni: dalla progettazione all'attuazione

Il presente contributo ha inteso mettere in evidenza alcuni elementi distintivi nella definizione delle COT. In primo luogo, come già anticipato, la COT rappresenta solo una delle possibili configurazioni delle cure di transizione. A parere di chi scrive, occorre evitare che tutte le forme di transizione convergano sulle COT fino a sovraccaricarle e preservare le altre configurazioni di transizione che esistono già all'interno delle aziende sanitarie, focalizzando la missione delle COT in termini di target, competenze e filiera dei servizi da integrare.

In secondo luogo, i fabbisogni di integrazione della filiera per garantire accessibilità e continuità delle cure per i pazienti che faticano a navigare all'interno della rete dei servizi sono contingenti e appare del tutto normale che le soluzioni di COT che verranno progettate saranno varie. Pertanto, l'implementazione della COT e i modelli di *change management* da attuare nei singoli setting risentiranno sia delle caratteristiche interne (assetti organizzativi, cultura organizzativa e attitudine al cambiamento), sia dell'ambiente esterno (bisogni, incentivi e pressioni, relazioni). Per una efficace attivazione delle COT riteniamo fondamentali quattro fattori:

a. Definire gli obiettivi, gli step attuativi e i processi gestionali

La COT necessita di progressivi step attuativi di *start up* e di sviluppo che, richiamando il *framework* presentato nel paragrafo precedente, possono essere così schematizzati:

- definizione del modello di servizio: selezione dei nodi della rete (dalle cure intermedie alle strutture sociosanitarie) da coinvolgere; selezione dei target di pazienti e costruzione di un algoritmo di definizione delle priorità di ingresso e allocative dei pazienti; identificazione dei flussi da gestire;
- definizione delle funzioni specifiche della COT;
- identificazione delle condizioni organizzative: costruzione e attivazione di strumenti digitali di raccolta dati sulla domanda, sulla valutazione

dell'intensità del bisogno da parte dei setting invianti o dell'UVM, sugli esiti dei pazienti (es. livello di funzionalità recuperata); costruzione e attivazione di una piattaforma di scambio delle informazioni tra setting; attivazione di meccanismi di controllo della *capacity* della rete (PL, slot di ADI ecc.). Alla definizione della piattaforma digitale è dedicata anche un'intera linea di investimenti del PNRR all'interno del sub-investimento M6C1|1.1.2 – Centrali operative territoriali, denominato «COT interconnessione».

Molti di questi processi della COT potranno poggiare su strumenti aziendali o regionali già attivi o allargandone le funzionalità o lo scopo di utilizzo. In altri casi si tratterà, invece, di definire dei nuovi strumenti. In ogni caso, è cruciale sottolineare che si tratta di un processo di costruzione dinamico e progressivo, che deve valorizzare quanto già storicamente presente, senza necessariamente ripartire da zero.

Una volta costruita la COT la sua gestione ordinaria si basa, a sua volta, sui seguenti processi:

- conoscenza quotidiana e aggiornata della dinamica della domanda e dell'offerta per i pazienti fragili (pazienti segnalati dai vari invianti, MMG, ospedale, 116.117 ecc. e tassi di saturazione della capacità produttiva della rete);
- processi di valutazione della gravità relativa dei singoli casi rispetto all'aggregato della domanda e alla capacità produttiva disponibile per definire priorità e setting di invio dei singoli pazienti;
- valutazione degli esiti dei pazienti rispetto ai target programmati in fase di invio per verificare l'efficacia del piano assistenziale e le competenze del setting erogativo;
- gestione della funzione di committenza e monitoraggio nei confronti dei produttori pubblici e privati;
- gestione delle relazioni con pazienti e *caregiver*.

b. Disporre di una metrica per la misurazione del processo e degli *outcome*

Per una valutazione dell'efficacia della COT, anche in un'ottica di miglioramento continuo della qualità della transizione e degli esiti, un elemento fondamentale è la definizione di una metrica per misurare il processo e gli *outcome*. Alcuni esempi di potenziali indicatori di misurazione delle COT includono: la percentuale di pazienti fragili mappati nominativamente; la percentuale di pazienti fragili presi in carico dalla COT; il numero di richieste al PUA/sportelli sociali non transitate alla COT; la percentuale di richieste 116.117 transitate alla COT; il tempo di attesa medio nel passaggio da un setting all'altro; la velocità

della valutazione. Esempi di indicatori di *outcome* possono tener conto delle riammissioni ospedaliere (indicatore *revolving door*) e/o degli esiti del paziente post transizione.

- c. Disporre di una piattaforma e di una *dashboard* direzionale di controllo della filiera

Ogni COT per funzionare deve disporre di una *dashboard* digitalizzata e dinamica in tempo reale che immediatamente mostri le disponibilità nella rete di offerta e i flussi della domanda. Lo strumento può essere disegnato e sviluppato a livello aziendale o più auspicabilmente regionale, ma si popola e si utilizza localmente. Si tratta di riflettere sulle cosiddette 5 W: *what* (cosa), ovvero che tipo di dati voglio raccogliere e qual è la mia unità di analisi (in questo caso il paziente e il suo percorso); *why* (perché), ovvero per che cosa li raccolgo e qual è l'obiettivo della raccolta dati, di informazione, di reporting, di monitoraggio o di programmazione; *who* (chi), vale a dire definire chi ha la responsabilità della raccolta, analisi ed elaborazione dei dati; *when* (quando), in quale fase del percorso e specifico *time point* vengono raccolti i dati; e, infine, *where* (dove) che assume una doppia valenza, ovvero dove raccolgo questi dati e in quale occasione vengono discussi e analizzati. La disponibilità di una *dashboard* permette di generare informazioni e report distinti per i diversi soggetti coinvolti (la COT, il direttore di Distretto, gli erogatori, le funzioni gestionali) e può essere utilizzata sia per la programmazione sia per il *benchlearning*.

- d. Supportare il processo di implementazione

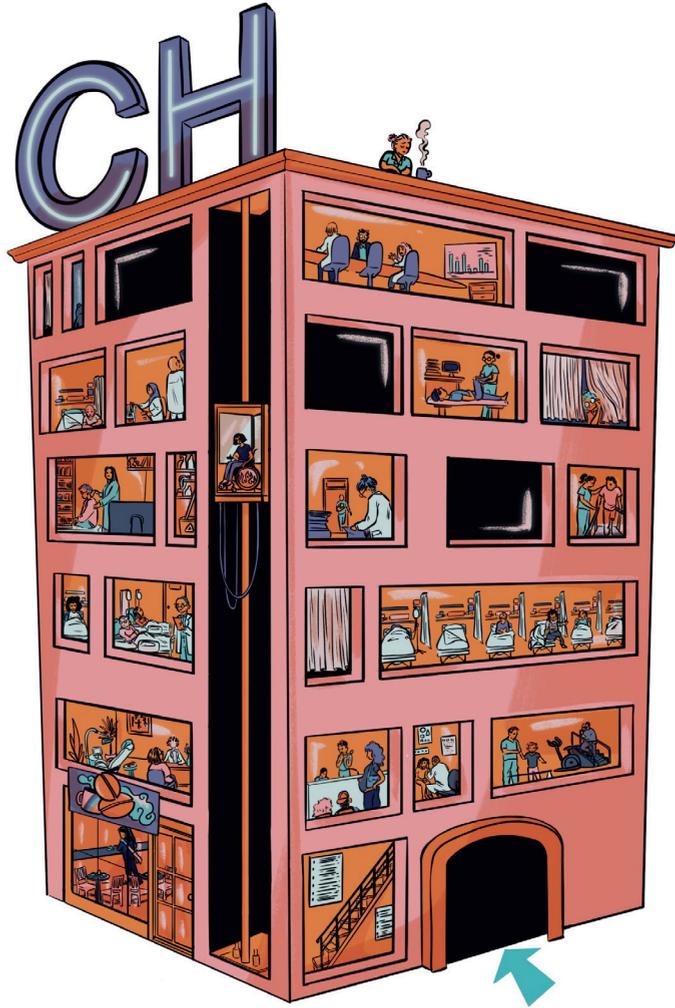
Il corretto funzionamento delle COT passa attraverso un processo di implementazione e progressiva estensione del target di riferimento, delle funzioni, della filiera sanitaria, sociosanitaria e assistenziale gestita dalle COT e degli strumenti a supporto della COT. Ciò richiede lo sviluppo di momenti collegiali (seminari, riunioni, formazione) e la messa a regime di report di programmazione e risultato che dimostrino il valore incrementale progressivamente generato per tutti gli stakeholder. Per le COT si tratta, insieme al Distretto, di programmare e gestire dei processi di *stakeholder management and engagement*.

8. Vocazioni e skill mix alternativi per l’Ospedale di Comunità

di Francesca Meda e Francesca Guerra

Il capitolo inquadra il tema dell’OdC quale elemento fondamentale di sviluppo delle cure intermedie e di prossimità, nonché parte integrante delle riforme strutturali richieste dal PNRR. Dall’analisi del contesto attuale emerge un’elevata variabilità interregionale ma anche intra regionale, in termini di tipologie di servizi offerti, collocazione fisica della struttura, target di pazienti serviti, grado di integrazione con il resto della filiera assistenziale ecc. Il DM 77/2022 offre l’occasione per riflettere sulla vocazione di questo setting, che dovrebbe essere orientata da quattro principi fondamentali: equa disponibilità sul territorio, omogeneità negli esiti, valorizzazione delle esperienze eterogenee, integrazione con la filiera assistenziale. Si propone un framework interpretativo delle possibili vocazioni dell’OdC a seconda di due variabili: il bacino di utenza a cui si rivolge e lo skill mix professionale impiegato. Infine, si propongono alcune logiche e metriche di valutazione per gli OdC e alcuni fattori critici di successo per guidare il processo di change management.

This chapter explores the community hospitals as a fundamental element in the development of intermediate and proximity care, and an integral part of the structural reforms required by the PNRR. From the analysis of the current context, high interregional but also intraregional variability emerges in terms of types of services offered, physical location of the structure, target of patients served, degree of integration with the rest of the care chain, etc. The DM 77/2022 offers the opportunity to reflect on the mission of this setting, which should be guided by four fundamental principles: equal availability on the territory, homogeneity in outcomes, enhancement of heterogeneous experiences, integration with the care chain. An interpretative framework of the possible vocations of the community hospital is proposed according to two variables: the catchment area and the professional skill mix. Finally, some evaluation logics and metrics for community hospitals and some critical success factors are proposed to guide the change management process.



«Ma come fa a far tutto??»

8.1 Inquadramento a oggi

8.1.1 Il quadro normativo di riferimento

L'OdC viene identificato dalla normativa di riferimento come una «struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio» (PSN 2006-2008; DM 70/2015; Patto per la Salute 2014-2016; CSR febbraio 2020; DM 77/2022). L'OdC si rivolge a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e/o di sorveglianza infermieristica continuativa, per periodi di degenza brevi (di norma non superiori ai 30 giorni).

Come osserva Pesaresi (2022), il percorso normativo dell'OdC è stato piuttosto lungo (nel 2006 si ha il primo riferimento nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008), non lineare (si deve infatti aspettare il DM 70 del 2015 per una prima vera caratterizzazione di questo setting) e a fasi alterne (solamente con la Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2020 vengono sanciti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi). Questo percorso non lineare degli OdC si riflette e trova riscontro nel più ampio dibattito relativo alle cure intermedie che, come sottolineano Morando e Tozzi (2016), era già attivo da diverso tempo ma non sempre in prima linea nelle decisioni di policy regionali. È evidente come la crisi da Covid-19 abbia evidenziato invece la necessità di prendere posizioni decise in merito a questa pluralità di servizi funzionali a colmare la domanda di continuità e integrazione tra ospedale e territorio. È infatti proprio con il PNRR e il DM 77/2022 che si conclude questo complesso iter definitorio, con la considerazione di alcuni aspetti che non erano stati trattati in precedenza, tra cui gli standard relativi al personale e le tipologie di pazienti target. Rispetto a quest'ultimo punto, infatti, nel DM 77/2022 si identificano chiaramente quattro tipologie principali di pazienti eleggibili:

- a. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b. pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del *caregiver* prima del ritorno al domicilio;

- d. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi, PDTA o protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

La descrizione di queste categorie di pazienti, in particolare le prime due, lascia intendere quali possano essere le figure professionali «inviati» all'OdC: MMG, PLS, MCA, medico specialista ambulatoriale interno e ospedaliero e medico di PS. Altrettanto variegata può essere la collocazione fisica dell'OdC, che di fatti può avere una sede propria, essere collocato in una CdC, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, benché debba sempre afferire dal punto di vista organizzativo ai servizi di assistenza territoriale distrettuali.

L'OdC è una struttura di difficile «catalogazione»: come setting assistenziale, si colloca tra la lungodegenza post-acuzie ospedaliera e le RSA, ma si distingue da entrambe. A differenza della prima, l'OdC possiede una forte caratterizzazione territoriale e prevede una minor intensità medica; difatti, le professioni infermieristiche detengono la responsabilità gestionale e organizzativa di queste strutture. Rispetto alle seconde, è proprio il mix del personale assistenziale a differenziare i due setting, con una maggiore intensità di personale infermieristico nell'OdC, seppur prevalenti in entrambi i contesti siano gli OSS.

La sfida dell'OdC si ravvisa proprio nell'evitare rischi di sovrapposizione, confusione o duplicazione con la fitta rete di strutture e servizi (lungodegenza, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative ecc.) già presenti nei contesti regionali. In altre parole, potenziare questo setting significa dotarlo di una vocazione chiara, riconoscibile e appropriata. In questo capitolo si cercherà, pertanto, di ricostruire lo stato dell'arte degli OdC in Italia, chiarendo quali sono le specificità di tali strutture e le conseguenti criticità nella loro gestione. Una volta restituito lo scenario *as-is*, si cercherà di immaginare una visione *to-be* per questi setting, soffermandosi sulle logiche e strumenti di gestione, proponendo infine alcune metriche utili per monitorare il raggiungimento degli obiettivi prefissati. In conclusione, verranno suggeriti tre fattori critici di successo per il *change management* verso la visione proposta.

8.1.2 Una mappatura pre PNRR

Lo studio degli OdC già esistenti (si vedano a questo proposito i Capitoli 14 e 12 rispettivamente dei Rapporti OASI 2021 e 2022) ha permesso di comprenderne le caratteristiche fondamentali emergenti, palesando come gli indirizzi del PNRR e del DM 77/2022 siano difformi.

Vi è innanzitutto un tema di forte variabilità, che parte dalle differenze dei contesti territoriali e dei sistemi sanitari regionali, per poi riflettersi sulle configurazioni e sui modelli organizzativi che gli OdC assumono. Proprio in ragione di queste differenze, sia in termini di domanda di salute sia di offerta sanitaria, le regioni hanno adottato modelli e setting di *community care* diversi ed eterogenei.

La Tabella 8.1 identifica 177 strutture classificabili come OdC, di cui oltre la metà concentrate nelle regioni del Nord-Est, mentre al Sud si registra una presenza ancora limitata (N=19). In particolare, sono il Veneto (N=60) e l'Emilia-Romagna (N=29) a mostrare la più alta presenza di OdC in termini assoluti.

Tabella 8.1 Caratteristiche degli OdC in Italia (N=177), 2021

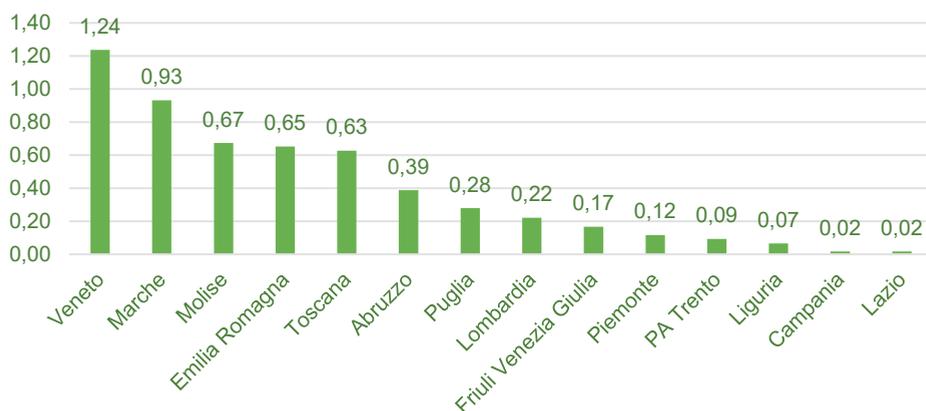
Tipologia di dato rilevato	Categorizzazione del dato rilevato	N. di OdC	% di OdC sul totale
Area geografica	Nord-Ovest	28	15.8
	Nord-Est	92	52.0
	Centro	38	21.5
	Sud e Isole	19	10.7
Anno di istituzione	2000-2015	40	22.6
	2016-2021	96	54.2
	Missing	41	23.2
Rapporto con SSN	Pubblico	137	77.4
	Privato	40	22.6
Sede	Sede indipendente	22	12.4
	c/o centro sanitario polifunzionale	61	34.5
	c/o ospedale per acuti / IRCCS / casa di cura	66	37.3
	c/o CRA / RSA / casa di riposo	28	15.8
Posti letto	Meno di 10	18	10.2
	10-19	57	32.2
	20-29	53	29.9
	30 e più	13	7.3
	Missing	36	20.4
Posti letto (media \pm DS)		141	17.8 \pm 9.2
Degenza standard (giorni)		153	29.5 \pm 13.8
Con hospice contiguo		40	22.6
Conversione a Covid Hospital durante l'emergenza pandemica		44	24.9

Fonte: Fattore *et al.*, 2021

La maggior parte delle strutture risulta essere istituita nell'ultimo quinquennio (2016-2021), in seguito quindi al DM 70/2015, anche se in alcuni casi la struttura potrebbe essere stata attiva come «sperimentale» già in anni precedenti. Più di un terzo delle strutture è localizzato all'interno di un ospedale per acuti. Un numero analogo di OdC risulta contiguo a un centro sanitario territoriale polivalente denominato, a seconda delle regioni, Casa della Salute (Emilia-Romagna e Piemonte), Punto Assistenza Territoriale – PAT (Marche) o PTA (Abruzzo, Puglia) o senza una denominazione specifica (come in alcuni casi in Veneto).

La media dei posti letto (calcolata escludendo 36 strutture per cui il dato non era disponibile) è quasi pari a 18, e in linea con i requisiti specificati dalla normativa nazionale. La degenza standard normalmente prevista dalla struttura risulta in media pari a 30 giorni, ma in alcuni casi arriva anche a 60 giorni. Il 22% degli OdC è contiguo a un hospice o comprende una parte di posti letto dedicati a pazienti terminali. Infine, un quarto delle strutture rilevate ha destinato (totalmente o parzialmente) i propri posti letto al ricovero di pazienti Covid in fase post-acuta durante la pandemia.

Figura 8.1 Numero di OdC x 100.000 abitanti, per regione che riporta OdC presenti, 2021



Fonte: Fattore *et al.*, 2021

L'elevata eterogeneità interregionale riguarda diverse dimensioni: eterogeneità nella disponibilità «fisica» di strutture, che si traduce quindi in una maggiore o minore familiarità dei contesti regionali con questo tipo di setting assistenziale; eterogeneità nelle caratteristiche strutturali di questi setting (diversa collocazione fisica e quindi diverso rapporto e vicinanza/lontananza con gli altri setting assistenziali, ma anche diversa dimensione in termini di dotazione di PL); eterogeneità poi nell'utilizzo e nella flessibilità di queste strutture: i dati sulla degenza

standard, sulla presenza o meno di pazienti terminali e sulla conversione a Covid hospital ci parlano di un utilizzo dell'OdC disponibile a rispondere anche a bisogni socioassistenziali e sociali e ci indicano quanto queste strutture si siano dimostrate flessibili nel soddisfare un'esigenza improvvisa e imprevedibile di riconversione.

La seconda considerazione riguarda lo sviluppo dell'assistenza territoriale così come immaginata dal DM 77/2022: è chiaro che si parte da dotazioni di servizi territoriali profondamente differenti, il che implica un diverso sforzo programmatico e implementativo che le regioni dovranno introdurre. E questo in ragione anche del fatto che ciò che il DM 77/2022 auspica non è una mera costruzione di strutture assistenziali laddove prima mancavano, ma una profonda trasformazione dell'intero sistema sanitario. Le differenze sono frutto di percorsi storici di lungo periodo, che segnalano anche l'orizzonte temporale entro cui dobbiamo collocare le aspettative di convergenza interregionale. Si pensi al Veneto, all'Emilia-Romagna e alla Toscana: regioni relativamente ricche, con forti capacità istituzionali, costruite con decenni di lavoro tecnico e politico, con governi stabili che hanno dato continuità all'azione di governo e che godono di un tessuto sociale coeso. Sono realtà in cui i rapporti inter istituzionali (*in primis* quelli tra regioni, aziende e comuni) sono ben rodati e con un livello di conflittualità sostanzialmente gestito. Sono regioni che, per motivi interni ed esterni al settore sanitario, hanno saputo costruire un capitale professionale e manageriale importante. Tutto questo si riflette e trova evidenza anche nel modo in cui queste regioni hanno generalmente inteso il concetto di prossimità, assistenza territoriale e *community care*: più della metà degli OdC esistenti sul territorio nazionale sono ubicati proprio in Veneto ed Emilia-Romagna, dove alcune strutture erano sorte in tempi anche non recenti (fin dall'inizio degli anni Duemila) come primi progetti sperimentali. A testimonianza di questa maggiore «storicità», si riporta nel Box 1 l'esperienza veneta in termini di evoluzione normativa e definitoria delle cure intermedie e degli OdC.

Box 1. L'evoluzione normativa in merito alle strutture di cure intermedie: l'esempio del Veneto

- Con la DGR 2481/2004 è stato avviato il progetto di sperimentazione organizzativa per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dimissioni ospedaliere.
- Successivamente, il tema è stato portato avanti con la DGR 2718/2012, con cui sono state definite le tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvati i requisiti di autorizzazione all'esercizio di OdC e Unità Riabilitative Territoriali (URT).
- Con DGR 2108/2014 vengono definiti gli standard strutturali minimi per OdC e URT e viene definito il procedimento di autorizzazione alla realizzazione di OdC e URT, mediante trasformazione di spazi già esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.
- Con DGR 2683/2014 vengono approvati i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per OdC e URT.

- Con DGR 2091/2015 viene definita la tariffazione delle strutture di cure intermedie, poi successivamente aggiornata con DGR 1887/2019. Una particolarità del sistema veneto riguarda infatti la presenza di tariffazione a partire da un periodo stabilito di degenza presso la struttura. In particolare, con la DGR 1887 del 2019, per gli OdC pubblici e privati accreditati viene stabilita una tariffa omnicomprensiva giornaliera di 145 € con una quota a carico dell'assistito per giornata di degenza pari a 25 € dal 61° al 91° giorno e pari a 45 € dal 91° giorno in poi. Per gli altri OdC, la tariffa giornaliera omnicomprensiva rimane di 145 €, ma la quota a carico dell'assistito diventa di 25 € dal 31° al 61° giorno e di 45 € dal 61° giorno in poi.

Il tema delle disuguaglianze riguarda anche la dimensione intra regionale che coinvolge sia la configurazione dei servizi sanitari e assistenziali, sia la domanda e i bisogni di salute espressi da una popolazione che vive in contesti territoriali con morfologie, strutture demografiche e caratteristiche della popolazione differenti. Si pensi, per esempio, alle aree interne, quelle aree che negli ultimi 20 anni sono state più colpite dall'emigrazione di giovani e dal conseguente sbilanciamento verso una popolazione più anziana e da interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera. Proprio in ragione di queste differenze sostanziali, possono esistere e coesistere modelli di OdC differenti all'interno della stessa realtà regionale, come mostra l'esempio della Toscana (Box 2).

Box 2. Gli OdC dell'AUSL Sud Est della Toscana¹

Una breve descrizione del territorio

- L'azienda AUSL Sud Est è una delle tre aziende territoriali della Toscana, insieme all'AUSL Nord Ovest e l'AUSL Centro, e coinvolge le tre province di Arezzo, Grosseto e Siena.
- La popolazione residente, a gennaio 2022, risulta pari a 813.669 abitanti (22% del totale regionale) distribuiti in 99 comuni, con un range da un minimo di 522 abitanti (Montemignaio) a un massimo di 96.672 (Arezzo). Oltre la metà dei comuni dell'AUSL (52 su 99) ha una popolazione inferiore a 5000 abitanti.
- L'azienda si estende su una superficie di 11.557 Km² pari alla metà di quella regionale, con una densità abitativa decisamente inferiore alla media toscana: 70 ab/Km² contro 160 ab/ Km² a livello regionale.
- Oltre un terzo del territorio (32%) è montuoso e in comuni montani risiede circa il 10% degli abitanti totali, mentre il 19% risiede in comuni a bassa densità di popolazione (inferiore a 50 ab/ Km²).
- Le dinamiche demografiche di quest'area mostrano una popolazione sempre più anziana: il 27% dei residenti sono over65, mentre ammontano al 5% i «grandi anziani» (+85 anni); per contro i giovani 0-14 anni scendono al di sotto del 12%. Il trend dell'indice di vecchiaia è in continua crescita (+20% dal 2011 al 2021) e fa contare, nel 2022, 232 anziani ogni 100 giovani.

¹ I dati relativi alla popolazione e al territorio presenti in questo Box sono tratti dalla Relazione Sanitaria Aziendale (2022) dell'AUSL Toscana Sud Est, approvata con Deliberazione del DG n. 0001366 del 28 ottobre 2022. Disponibile al seguente indirizzo: <https://www.usl-sudest.toscana.it/relazione-sanitaria>.

- Confrontando il dato tra territori aziendali, l'azienda mostra un indice di vecchiaia pari all'AUSL Nord Ovest (232), superiore al dato regionale (220) e a quello dell'AUSL Centro (205).

Nel complesso, quindi, si tratta di un territorio molto vasto, per larga parte montuoso, con una popolazione prevalentemente e sempre più anziana, dispersa sul territorio e per la maggior parte residente in centri poco densamente abitati.

I modelli di OdC nell'AUSL Sud Est

Gli OdC in questo contesto territoriale nascono in larga misura come conversione di piccoli presidi ospedalieri, che nel tempo sono stati accorpati e hanno assunto la configurazione di OdC, a partire da quello di Foiano, che rappresenta una delle prime esperienze della regione (fine anni Novanta). L'OdC di Foiano afferisce all'ambito territoriale dell'aretino, che include altri quattro OdC (ad Arezzo, Montevarchi, Bibbiena e Sansepolcro). La struttura di Foiano in particolare è dotata di 10 posti letto, di cui 7 dedicati alle cure intermedie e tre di hospice per pazienti terminali. Il personale della struttura è composto da 7 infermieri, 8 OSS, un coordinatore infermieristico e un medico coordinatore. Insieme a Foiano, anche il presidio di Sansepolcro appartiene alla tipologia di piccolo presidio ospedaliero riconvertito a setting di cure intermedie. Ad Arezzo, Montevarchi e Bibbiena, invece, le cure intermedie appaiono sotto forma di «moduli di continuità assistenziale» (Mo.Di.Ca.), ovvero reparti dentro ospedali per acuti. Dal 2014 in poi, infatti, anche per effetto della DGR 431/2013 che definiva gli indirizzi regionali per lo sviluppo delle cure intermedie, la configurazione degli OdC è stata leggermente modificata con la collocazione di posti letto di cure intermedie direttamente all'interno di presidi ospedalieri. Di fatto, nell'area Sud Est della Toscana convivono due realtà distinte di OdC: da un lato strutture *ad hoc*, nate dalla riconversione di vecchi ospedali, dall'altro reparti di degenza di cure intermedie, inseriti in setting ospedalieri, a gestione territoriale.

L'eterogeneità tra i diversi modelli di OdC riguarda anche il personale impiegato e il grado di coinvolgimento della medicina generale. In alcuni casi, i MMG sono realmente parte attiva dell'OdC, prendendo in carico i propri pazienti ricoverati e mantenendone la responsabilità clinica (è il caso, per esempio, delle strutture di Pescina e Tagliacozzo, di competenza dell'ASL 1 dell'Abruzzo). In altri casi, si limitano ad avere un ruolo di parziale collaborazione, soprattutto in fase di accesso alla struttura, segnalando i pazienti idonei per il ricovero in OdC (ne sono un esempio le strutture afferenti all'ASST Mantova in Lombardia). In altri contesti ancora, non vi è alcun rapporto tra medicina generale e setting di cure intermedie (come nel caso dell'AULSS 6 Euganea del Veneto). Questa diversità si riflette anche nei modelli di coordinamento gestionale delle strutture: laddove prevale un orientamento più vicino all'ospedale, sono i medici specialisti (generalmente dipendenti del SSN) che si occupano di coordinare e gestire la struttura; in altri casi, iniziano a essere le figure infermieristiche (così come stabilito dal DM 77/2022) ad assumere la responsabilità gestionale e organizzativa, anche se talvolta ancora supportati dalla supervisione di un medico; in altri ancora, benché più rari, gli MMG presiedono anche la parte gestionale dell'OdC. Modelli ancora più vari sono quelli che riguardano la presenza più o

meno intensa ed estesa di professionalità specialistiche (geriatri, personale riabilitativo, internisti, palliativisti, fisiatristi ecc.), socioassistenziali (OSS), ma anche assistenti sociali all'interno dell'équipe dell'OdC.

Nelle esperienze studiate emergono due preoccupazioni opposte: da un lato, alcuni OdC corrono il rischio di diventare piccole case di riposo, con ricoveri con durata nettamente maggiore ai 30 giorni previsti da normativa, in quanto i pazienti non sono nelle condizioni di tornare a domicilio perché non autosufficienti o senza *caregiver* di supporto. In questo caso l'OdC finisce per svolgere una funzione propria del sistema socioassistenziale invece che di quello sanitario. Questa caratterizzazione porta a ricoveri lunghi, un basso turnover, frequenti ricoveri ripetuti e, nei fatti, a un uso improprio degli OdC (anche se socialmente utile). Si tratta di un rischio concreto che ha portato diverse regioni a prevedere importanti compartecipazioni da parte dei pazienti per ricoveri prolungati. È per esempio il caso del Veneto (cfr. Box 1). Questo rischio risulta particolarmente elevato in contesti dove l'offerta socioassistenziale è modesta o comunque largamente insufficiente, come le regioni del Centro-Sud che sono anche quella dove gli OdC sono attualmente meno diffusi. Il rischio è quello di snaturare gli OdC dalla loro *mission*: dovrebbero costituire presidi sanitari territoriali e non strutture sociosanitarie o socioassistenziali.

Tuttavia, se da un lato gli OdC rischiano di diventare «piccole RSA», dall'altro possono anche essere spinti a «ri-ospedalizzarsi», cioè ad ampliare la gamma dei servizi sanitari offerti fino a diventare micro-ospedali per pazienti acuti. Gli OdC, secondo le intenzioni del DM 77/2022, dovrebbero invece offrire soltanto assistenza di medio-basso livello, senza la disponibilità di grandi attrezzature diagnostico-terapeutiche e con una presenza di medici contenuta a poche ore al giorno (2-3 h/die). In altre parole, gli OdC sono disegnati per essere dei setting a gestione infermieristica con un robusto supporto di OSS e monitorati da una disponibilità limitata di medici «generalisti» (per esempio, MMG o geriatri). Si è invece osservato che, in alcuni dei casi, le comunità locali vorrebbero trasformare l'OdC in «ospedale di montagna» o comunque in una struttura in grado di offrire servizi medici e chirurgici più ampi di quelli previsti dalla normativa di riferimento, fisiologicamente lontani dalla casistica minima per disporre della necessaria *clinical competence* (Bobini *et al.*, 2020).

8.2 Specificità dell'OdC: perché è «diverso»?

Le caratteristiche specifiche dell'OdC comportano sfide rilevanti sotto il profilo manageriale e gestionale.

- a. L'OdC è un setting ibrido per definizione. Il suo carattere più innovativo, almeno sotto un profilo gestionale, si riscontra nel fatto che intende essere un presidio con attività di ricovero (breve e a medio-bassa intensità) sotto la re-

sponsabilità dell'assistenza distrettuale. Il primo grande elemento di complessità sta quindi nella necessità di combinare aspetti del management più propriamente ospedaliero con aspetti del management territoriale, al fine di rendere davvero ibrido il carattere fondante di questo setting e non rischiare di snaturarne, in un verso o nell'altro, la propria vocazione.

- b. L'obiettivo ultimo dell'OdC è quello di mettere il paziente nelle condizioni di recuperare la propria autonomia funzionale, aumentandone la consapevolezza, la capacità di auto-cura, attraverso anche il coinvolgimento attivo dei familiari ed eventuali *caregiver*. Questo si traduce nel fatto che l'accesso alle cure intermedie avviene sulla base di PAI e che quindi non sia fondato sulla diagnosi (che è il modello tradizionale di attivazione del setting ospedaliero), ma sulla prognosi. In questo senso si garantisce che le cure intermedie siano davvero temporanee, di transizione tra ospedale e domicilio (in entrambe le direzioni) e si esclude la possibilità che diventino servizi residenziali o di hospice e fine vita. Per contro, aumenta la difficoltà nel programmare le risorse e i servizi stessi delle cure intermedie. I contenuti dei servizi erogati, infatti, sono di natura molteplice: certamente permane il carattere sanitario, o più propriamente assistenziale (data la presenza ridotta del medico e quella elevata delle figure infermieristiche e OSS), tuttavia non è sufficiente a descrivere il modello di servizio offerto. Devono infatti essere presenti anche attività a supporto del malato e della famiglia, in un'ottica sempre più di *patient centricity, family care and patient engagement*. Con queste strutture si vuole cioè creare un modello centrato sull'assistenza, sull'umanizzazione delle cure, sulla creazione di rapporti fiduciari tra infermieri di comunità e pazienti. Quella che si propone è una rivoluzione culturale di come si intende la sanità a fronte di bisogni della popolazione che sono sempre più di natura assistenziale invece che medica.
- c. Proprio perché i servizi da offrire sono molteplici, i modelli di organizzazione del lavoro devono essere multidisciplinari e interprofessionali a partire dalla formulazione della prognosi fino all'erogazione della terapia. Negli OdC dovrebbe prevalere un lavoro sull'aderenza terapeutica, l'educazione del paziente e dei *caregiver*, di rieducazione funzionale, di recupero delle capacità relazionali. Queste attività non richiedono competenze cliniche, ma piuttosto relative al lavoro sulla relazione con il paziente, implicando una visione olistica (che si scontra con la specializzazione del sapere medico moderno), meno tecnologica e, appunto, più «umanistica». Sono infermieri, fisioterapisti, psicologi e OSS i professionisti su cui investire e puntare. E tutto ciò non dovrebbe essere visto come una *diminutio* per i medici, che si possono focalizzare su pazienti più appropriati in altri setting. Negli OdC si ravvede cioè la possibilità di attuare un vero e proprio *task-shifting* tra medici e infermieri (e altre professioni sanitarie), proprio in ragione degli obiettivi di questa struttura oltre che per motivi di sostenibilità economica e di razionalità di sistema, in quanto impegnare i medici su attività che possono essere trasferite a professionisti meno costosi genera uno

spreco di risorse pubbliche. I confronti internazionali evidenziano chiaramente che in Italia la carenza di medici è un problema rilevante ma lo è ancora di più per infermieri e altre professioni sanitarie (Maier *et al.*, 2022). La scarsità di medici deriva dal fatto che, spesso, continuano a svolgere attività potenzialmente delegabili.

- d. Modelli di lavoro multidisciplinari e interprofessionali alimentano la necessità di concentrare competenze e risorse in luoghi di erogazione specifici capaci di coordinare le rilevanti interdipendenze all'interno di tutta la filiera di offerta, servendosi delle centrali operative territoriali (COT), le quali consentono di organizzare i fabbisogni logistici intorno al malato sulla base del suo percorso personalizzato (Dalponte *et al.*, 2022, e Capitolo 7 del presente volume). Inoltre, la necessità di costruire interdipendenze si riflette anche nelle competenze richieste a chi deve coordinare e gestire l'OdC: il coordinatore infermieristico assume anche un ruolo di *case manager* che costruisce continuità con gli altri nodi e professionisti della rete, coinvolgendo fisiatri, internisti, geriatri ecc. Si tratta di un modello che sovverte i meccanismi del passato, quando queste discipline raccoglievano o aspettavano in ospedale il paziente.
- e. Il tema delle interdipendenze con altri servizi e professionalità è particolarmente rilevante per l'ambito sociale. Si è visto come, molto spesso, i pazienti ricoverati in OdC risultino difficilmente dimissibili non per la loro condizione clinica, quanto più per la loro fragilità sociale e/o mancanza di una rete familiare e di supporto che ne faciliti il rientro a casa. In questo senso, per preservare da un lato la funzione di cura intermedia e per assicurare dall'altro una presa in carico complessiva dei pazienti risulta necessario costruire un legame con i servizi sociali. Ciò comporta evidentemente complessità sotto diversi punti di vista: professionali, di setting, di strumenti e sistemi di condivisione del percorso del paziente. In merito a questo ultimo punto in particolare, è utile sottolineare che l'OdC può svolgere correttamente la propria funzione di «ponte» solamente se adeguatamente supportato da tutte le informazioni sulla storia e sulle condizioni del paziente. Informazioni che sono detenute da diversi «pezzi» del sistema e che devono trovare una ricomposizione integrata.
- f. Infine, vi è la questione della medicina generale. Si è visto come le regioni si siano dotate negli anni di modelli decisamente vari e diversi, che passano da un coinvolgimento sostanzialmente nullo e quindi una separazione netta tra cure primarie e intermedie, a modelli ibridi e di coinvolgimento parziale, a modelli invece di integrazione più intensa e ampia. Quando gli MMG vengono attivamente coinvolti sono possibili due modelli alternativi: ogni MMG segue i propri pazienti in OdC, oppure un *pool* di MMG a rotazione presidia la dimensione clinica di tutti i pazienti ricoverati in OdC. È chiaro che non si può condurre una riflessione separata per setting, ma serve un pensiero sistemico di rapporto, ruolo e funzioni della medicina generale e di quanto e come debba

essere presente nei diversi setting territoriali. Nel fare questo, si sottolinea l'impossibilità di attuare un modello omogeneo su tutto il territorio, ma piuttosto la necessità di lasciare le regioni libere di sperimentare gradi e modalità di coinvolgimento e integrazione differenti e soprattutto appropriati e coerenti con il proprio sistema sanitario.

In sintesi, gli OdC presentano elementi di complessità intrinseci che riguardano: la propria natura ibrida, la propria *mission* e il portafoglio dei servizi offerti; il personale e le competenze da attivare, i rispettivi ruoli e rapporti tra specialità e discipline; i meccanismi di integrazione con il resto della filiera assistenziale e il presidio del percorso del paziente per garantire continuità delle cure; il rapporto «speciale» con l'area sociale e il disegno dei meccanismi di collegamento con quest'ultima; il rapporto con la medicina generale. Sono tutti elementi che richiedono specifiche e dedicate capacità manageriali, anche in ottica di flessibilità e apprendimento adattivo in itinere.

8.3 Principi per lo sviluppo futuro di OdC

A fronte delle complessità descritte si propongono qui di seguito alcuni principi generali che definiscono la direzione di sviluppo futuro di questo setting.

Dal punto di vista del paziente sono due gli elementi fondamentali da garantire:

- a. equa disponibilità di strutture sul territorio. Come spiegato nel Capitolo 3, il tema dell'equità nelle cure è complesso e multidimensionale. Qui si vuole richiamare l'attenzione sulla necessità di non fermarsi alla costruzione di 1 OdC ogni 100.000 abitanti, in quanto la mera presenza fisica sul territorio non può essere da sola misura di equità. Bisogna interrogarsi anche sulla reale accessibilità di queste strutture (sono ugualmente e adeguatamente accessibili per tutte le categorie di pazienti che ne hanno bisogno?), specialmente se parliamo di aree interne, remote, disagiate, abitate da popolazioni che possono esprimere maggiori barriere individuali alle cure;
- b. omogeneità in termini di esito e non nei modelli di servizio. Per sua natura, il DM 77/2022 è un documento di indirizzo nazionale che ambisce a un obiettivo strategico per il SSN: ridurre le diseguaglianze territoriali nella disponibilità e accessibilità ai servizi sanitari. La situazione territoriale è talmente eterogenea che risulta impossibile (e nemmeno desiderabile) omogeneizzare il sistema, anche solo per quello che riguarda gli OdC, in un profilo temporale di 4 anni. In questo senso, l'omogeneità non va ricercata nei modelli di servizio, quanto più negli *outcome* e negli

esiti di salute. Tutto ciò che riguarda il *service design* e il *service management* rimane di competenza delle regioni che decidono come «caratterizzare» questi setting di cura.

Dal punto di vista del sistema di offerta si vuole garantire:

- a. una valorizzazione dell'eterogeneità delle esperienze regionali. Si auspica una spinta «creativa» da parte delle regioni nel pensare, disegnare e progettare modelli di servizio differenti, in modo tale da permettere anche sistemi interregionali di apprendimento e scambio, attivando processi di *benchmarking* e *benchlearning*;
- b. integrazione con la filiera assistenziale. L'OdC è per sua natura un setting ibrido, intermedio, di transizione. Questo sta a significare che, per definizione, si trova «a metà» tra altri oggetti, l'ospedale, la lungodegenza, la riabilitazione e il domicilio. È per questo che non può prescindere dall'essere fortemente integrato con gli altri nodi della filiera assistenziale, proprio perché deve svolgere una funzione di «ponte», percorribile in entrambe le direzioni (*step up* e *step down*). In questo senso, deve lavorare a stretto contatto con i setting e le professionalità proprie del *transitional care*.

8.4 Logiche e strumenti di gestione

Per scegliere la vocazione del singolo OdC, tra le molte declinazioni disponibili, si propone di ragionare su due variabili che, se incrociate, possono definire la missione prevalente e i relativi strumenti da attivare per la sua gestione.

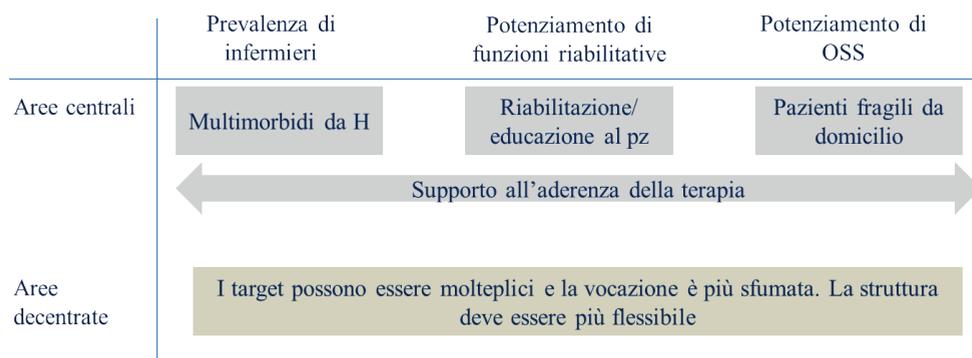
La prima variabile riguarda il bacino di utenza di riferimento, nel tentativo di distinguere le strutture che si trovano in aree cittadine e densamente abitate da quelle situate in zone decentrate o rurali a bassa densità di abitanti. La popolazione che vive in aree rurali è infatti mediamente più anziana (il numero di persone con meno di 20 anni e in età lavorativa è diminuito in queste aree rispettivamente dello 0,7% e 0,6% ogni anno nel quinquennio 2015-2020, registrando invece una crescita nelle aree prevalentemente urbane), è caratterizzata da un livello di reddito più basso e minori possibilità di avere un buon livello di istruzione². Inoltre, un cittadino che vive in un contesto urbano può godere di norma di una rete sociale più solida e di una vicinanza geografica a una ricca filiera di servizi non disponibili in un'area più decentrata.

² *Predominantly rural regions experience depopulation (2023)*, Products Eurostat News - Eurostat. Disponibile a: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/DDN-20230117-2>.

La seconda variabile sulla quale riflettere è relativa al mix di professionisti allocati all'interno di una struttura. Assodato che il DM 77/2022 assegna la responsabilità igienico sanitaria e clinica a un professionista medico e quella organizzativa a un responsabile infermieristico, la gestione e l'attività all'interno dell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in cui devono essere assicurate collaborazione e integrazione di diverse competenze. La scelta del mix di personale da allocare avrà conseguenze significative sulle competenze presenti nella struttura, nei conseguenti servizi offerti e target di pazienti attratti.

Attraverso l'incrocio delle due dimensioni proposte, si possono tracciare in modo più chiaro le possibili vocazioni (sintetizzate nella Figura 8.2). Come si chiarirà meglio in seguito, la vocazione prevalente dell'OdC si esprime innanzitutto attraverso il target (tra quelli indicati dal DM 77/2022) che questa struttura intende servire e intercettare in via prioritaria. Una volta chiarite le diverse vocazioni, si cercheranno di mostrare le implicazioni gestionali che ogni alternativa porta con sé in termini di localizzazione dei setting e possibile mix del personale nei limiti di spesa massimi autorizzati.

Figura 8.2 Possibili vocazioni dell'OdC



Fonte: elaborazione autori

Nei bacini di riferimento urbani, l'obiettivo nella qualificazione del setting è quello di non sovrapporsi ad altre strutture già presenti nel territorio ma, al contrario, creare meccanismi di complementarità e coordinamento nella filiera dei servizi esistenti. Per fare questo, la scelta del personale da allocare in ciascun setting è determinante. Se la prevalenza ricade sul personale infermieristico il setting può facilitare le dimissioni dall'ospedale (in una logica *step down*) o prevenire ospedalizzazioni con un setting subacuto (in una logica *step up*) di pazienti complessi e multimorbidi ed essere convenientemente localizzato all'in-

terno di un reparto stesso dell'ospedale. Rispettando il vincolo di un costo massimo per paziente di 154 €/giorno³, il personale potrebbe essere così distribuito nel corso della giornata: turno mattutino popolato da 2 infermieri, 1 OSS e 1 fisioterapista, turno pomeridiano con 2 infermieri e 1 OSS e, infine, turno notturno con 1 infermiere e 1 OSS⁴. Il personale infermieristico è il più adatto a gestire i bisogni di pazienti appena dimessi da un reparto ospedaliero per acuti o in regime subacuto, essendo caratterizzati da condizioni cliniche stabilizzate ma quadro terapeutico complesso. Un OdC così strutturato si raccorda con l'ospedale di riferimento in modo da sviluppare meccanismi di coordinamento efficienti per gestire la transizione dei pazienti nel luogo per loro più adatto in base alla dinamica delle loro esigenze di cura, nello sforzo di gestire i posti letto, di entrambi i setting, in modo concertato ed efficiente o per avere consulti qualificati, magari da remoto, per i pazienti subacuti.

Nel secondo scenario si propone, invece, una presenza più consistente di fisioterapisti, i quali caratterizzano la vocazione verso un potenziamento delle funzioni riabilitative e all'educazione terapeutica al paziente e ai suoi *caregiver*. In questo caso, il mix di personale vede solo 1 infermiere nei turni di mattino, pomeriggio e sera, 2 OSS la mattina e 1 nel pomeriggio e nella sera, rafforzando invece la presenza di fisioterapisti con 2 professionisti la mattina e 1 al pomeriggio, con l'obiettivo di affiancare e allo stesso tempo addestrare il paziente e il *caregiver* in vista del ritorno al domicilio. In questo caso potrebbe essere necessaria anche l'interazione con figure professionali come gli assistenti sociali, educatori professionali, rendendo i centri polifunzionali o le CdC strutture particolarmente adeguate in termini di localizzazione di questi setting, in quanto risulta chiave l'integrazione dell'OdC con i servizi sociali e le attività di volontariato.

Per concludere, se nei setting con bacino di utenza urbano si decide di prediligere la presenza di OSS, la vocazione è di una struttura particolarmente attrattiva per utenti fragili provenienti sia dal domicilio sia dall'ospedale, con necessità di ricevere cure assistenziali per lo svolgimento delle funzioni quotidiane. Il mix di personale che si propone in questo caso delinea un presidio infermieristico con un professionista per ciascun turno della giornata, un solo fisioterapista al mattino e una potenziata presenza di OSS (2 al mattino, 2 al pomeriggio e uno alla sera). In questo caso, la struttura potrebbe essere collocata all'interno di un esistente setting residenziale per anziani.

³ Si considera come tariffa massima applicabile quella della lungodegenza post-ospedaliera pari a 154 €/giorno, così come stabilito dal Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012: Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/28/13A00528/sg>.

⁴ Calcoli effettuati attraverso un modello di simulazione dei costi sostenuti da un OdC a seconda delle scelte di mix e dimensionamento del personale.

In tutti e tre i casi sopraesposti, rimane fondamentale il carattere educativo, di supporto e addestramento del paziente alla terapia, ma anche di *empowerment* e accompagnamento all'autonomia dello stesso. L'elemento di educazione, supporto, *engagement* anche della rete familiare e di supporto del paziente deve infatti rimanere l'elemento distintivo dell'OdC che, come scritto in precedenza, si distingue da un ospedale in senso stretto proprio perché è un contesto di *family care*, di umanizzazione delle cure.

Nel caso di un OdC localizzato in un'area decentrata e rurale, le logiche strategiche e organizzative dovranno essere necessariamente differenti. Devono essere infatti considerati i seguenti fattori: (i) un'età media degli utenti più elevata; (ii) una più alta probabilità che gli stessi riscontrino difficoltà nell'esplicitare i bisogni di salute; (iii) una minore presenza di strutture sul territorio circostante; (iv) una minore capillarità di reti di supporto. L'OdC necessita di rispondere alle esigenze di target diversi, definendo la sua missione in modo più ibrido. Solo così può garantire la flessibilità necessaria a rispondere ai diversi bisogni emergenti, lasciando alle caratteristiche e alle dinamiche demografiche ed epidemiologiche del territorio di riferimento il compito di guidarne la caratterizzazione prevalente e la relativa allocazione di personale più opportuna.

La sfida da vincere all'interno di questi setting è quella di riuscire a servirsi degli strumenti di telemedicina per l'erogazione dei servizi in molteplici direzioni. Da un lato, durante il ricovero in OdC, i professionisti presenti potrebbero ricevere supporto con processi di telemedicina o teleconsulto dai colleghi ospedalieri di riferimento. Dall'altro, dopo le dimissioni, anche per mitigare le problematiche legate alla distanza geografica dalla rete dei servizi, l'utilizzo di strumenti digitali sarà cruciale sia nelle attività di *follow up* successivo dei pazienti (televisita) ma anche di coordinamento fra i professionisti dei diversi nodi della rete territoriale (teleconsulto). Il personale può quindi sfruttare le opportunità offerte dai *device* per collaborare con il resto della filiera da un lato e, dove possibile, educare i pazienti a un approccio facilitato dalla tecnologia per la gestione dei loro bisogni.

8.5 Gli ambiti da monitorare e il disegno delle metriche

Il monitoraggio e gli strumenti di misurazione devono essere intesi come parte essenziale e integrante del progetto di realizzazione di queste nuove strutture territoriali. Lo scopo del presente paragrafo è quello di proporre alcune logiche e metriche di valutazione degli OdC, da un punto di vista sia della domanda sia dell'offerta, in modo che siano adeguatamente correlate con gli obiettivi strategici illustrati nel paragrafo 8.3.

In quest'ottica, la prima area di misurazione che si propone è relativa alla disponibilità e accessibilità delle strutture, in modo da monitorare l'obiettivo di

assicurare equità nell'accesso da parte dei pazienti. Per questo scopo la valutazione si concentra sul grado di accessibilità di queste strutture, tenendo ovviamente in conto il fatto che può cambiare a seconda della localizzazione della struttura, ma anche delle diverse barriere personali che i pazienti stessi possono esprimere (cfr. Capitolo 3 del presente volume). Alcuni esempi preliminari di indicatori possono essere il tasso di occupazione (su base annuale), l'intervallo di turnover, il numero di dimissioni per PL, ma anche il tempo intercorso tra la domanda di accoglimento in struttura e l'ingresso, per avere un'idea sulla tempestività della presa in carico e dell'erogazione dell'assistenza, una volta manifestatosi il bisogno.

La seconda area di monitoraggio dovrebbe riguardare gli esiti di salute e la soddisfazione del paziente e in generale la sua esperienza all'interno della struttura. Si vuole cioè indagare quanto l'OdC sia in grado di rispondere ai bisogni di salute per il quale viene progettato e realizzato. In questo senso, si possono considerare scale di valutazione della soddisfazione dei pazienti e dei familiari sul percorso di cura in OdC, anche usando strumenti quali i PREMs e i PROMs⁵. Ma anche dati sintetici che riguardano il tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione, il tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OdC, in modo da controllare la frequenza con cui casi di riacutizzazione si verificano; il numero di decessi nei pazienti dimessi; le giornate di degenza e la degenza media; la misurazione del MPI (*multidimensional prognostic index*) o altri indicatori prognostici all'ingresso e al congedo dall'OdC. Insieme a questi elementi, si potrà inoltre considerare l'incidenza relativa dei flussi *step up* o *step down* dei pazienti, monitorando sia in entrata quanti di questi provengono dal domicilio, da strutture residenziali o dall'ospedale, sia in uscita vedendo verso quali setting vengono inviati.

Gli utili due ambiti che si propongono vogliono misurare il grado di integrazione dell'OdC con la rete assistenziale. Si tratta di indicatori da monitorare in tutti i nodi della filiera, tenendo conto di dinamiche di realizzazione del coordinamento differenti. Indicatori come il numero di televisite effettuate per paziente, il tasso di utilizzo di dispositivi di supporto all'autocura (come smartwatch, apparecchi per rilevare la glicemia nel sangue ecc.) nei pazienti possono essere esempi di metriche da monitorare. L'esistenza di solidi sistemi informativi e la loro interoperabilità rappresentano un prerequisito per il coordinamento fra le strutture e la transizione del paziente fra un setting e l'altro. Tuttavia, va considerato che gli OdC situati in contesti urbani sono di norma localizzati

⁵ La letteratura relativa ai PROMs e PREMs è particolarmente estesa. Si suggerisce la lettura del seguente articolo per una prima *overview*: Kingsley *et al.* (2017), «Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures», *BJA Education*, Volume 17, Issue 4, pp. 137-144, <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>.

all'interno di altre strutture come ospedali, centri polifunzionali e RSA. In questi casi, accanto all'utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti digitali, possono essere utilizzati altri meccanismi di coordinamento, come la rotazione nei turni del personale fra strutture, costruzione di canali interni di comunicazione dei professionisti, grado di interscambio con le professionalità delle cure di transizione ecc.

L'ultima metrica riguarda il livello di riconoscibilità dei servizi offerti dalle strutture. Le molteplici vocazioni possibili dell'OdC rendono il suo posizionamento potenzialmente poco chiaro agli occhi della comunità e dei pazienti. Bisogna inoltre considerare che queste strutture sono ancora nuove per molte regioni. Proprio per questo motivo, una volta definita la missione della struttura, è necessario attivare campagne di comunicazione finalizzate ad aumentare l'*awareness* di queste strutture, in modo mirato e personalizzato a seconda della vocazione della struttura e del conseguente target di utenti che si vuole attrarre, rivolgendosi in modo diversificato alle reti professionali invianti e alla comunità. La corrispondenza fra i pazienti raggiunti, ovvero quelli che effettivamente effettueranno accessi alle strutture, e quelli pianificati in fase di definizione della vocazione del setting è una buona *proxy* di sintesi per valutare il successo complessivo della progettazione, gestione e comunicazione dell'OdC.

8.6 Key success factors per attuare il *change management*

In conclusione, si ritiene particolarmente utile orientare l'attenzione verso tre fattori critici di successo che possono guidare il processo di *change management*.

8.6.1 Disegnare processi intorno al paziente e ai suoi bisogni multidimensionali

In prima istanza, si ritiene necessario concepire l'OdC come un luogo per sperimentare nuove logiche di *patient centricity*. In ottica di disegno e progettazione dei servizi, l'OdC può rappresentare l'occasione in cui attivare logiche di co-definizione, co-progettazione dei percorsi di cura, coinvolgendo attivamente il paziente, la sua famiglia e la sua rete sociale di riferimento. Il framework di riferimento è quello della co-creazione di valore attraverso la condivisione della progettazione dei percorsi di cura che verranno seguiti, dopo la breve permanenza in CdC direttamente dal paziente e dai suoi *caregiver*.

8.6.2 Abbinare in modo adeguato competenze necessarie e professionisti

Mantenere una visione realistica sulle risorse disponibili nel mercato interno ed esterno alla ASL impone di interrogarsi a fondo su quale professionista dispone delle competenze necessarie per lo svolgimento delle diverse funzioni. Il personale infermieristico, scarso sia oggi sia nei prossimi anni, deve essere valorizzato

e responsabilizzato attraverso logiche di *task-shifting*, dotandolo di tutti gli strumenti necessari per esercitare una vera autonomia nella gestione organizzativa dei setting, proprio per attrarlo professionalmente verso il setting dell'OdC. Seguendo questa logica, la medicina generale può essere coinvolta solo in quelle attività in cui può fornire un reale valore aggiunto, in modo tale che a sua volta si senta ingaggiata e valorizzata dall'OdC. Pertanto, si ritiene opportuno che le regioni, come hanno variamente fatto finora, sperimentino diversi modelli e gradi di intensità di coinvolgimento degli MMG nelle strutture territoriali.

Queste considerazioni sul personale impongono di riflettere sui modelli alternativi di servizio da adottare, suggerendo alternative nei mix professionali, come mostrato nel paragrafo 8.4. In aggiunta, i ragionamenti sull'utilizzo di strumenti digitali, considerando che la tecnologia correttamente utilizzata può ridurre i carichi di lavoro amministrativi/burocratici e di conseguenza diminuire l'intensità di personale necessario, costituiscono una ulteriore leva di attrazione dei professionisti più coerenti e interessati.

8.6.3 Investire in logiche comunicative finalizzate a costruire un'identità chiara dell'OdC

Per fronteggiare il problema di un posizionamento degli OdC poco chiaro agli occhi delle filiere professionali e dei cittadini, è fondamentale investire in processi di comunicazione che coinvolgano sia la comunità dei pazienti di riferimento sia i professionisti per costruire l'identità delle singole strutture. È proprio in funzione della comunità e insieme a essa che può essere costruito il «*branding*» dell'OdC. Dotare gli OdC di un'identità chiara risulta fondamentale sia nei confronti della comunità dei pazienti, per rendere il setting riconoscibile, per chiarire quali tipologie di servizi possono trovare al suo interno, ma anche nei confronti dei *policy makers*, per esercitare una funzione di *advocacy* istituzionale e far capire loro il valore generato da questo tipo di strutture, anche in ottica di razionalità di sistema. Paradigmatico risulta in questo senso il caso della Community Hospital Association inglese (Box 3).

Box 3. Il caso inglese: la Community Hospital Association

La Community Hospital Association (CHA) è un'associazione inglese, no profit e su base volontaria, nata più di 50 anni fa con lo scopo di promuovere questo setting assistenziale, evidenziandone i benefici per i pazienti ma anche per i professionisti e per il servizio sanitario nel complesso. La missione della CHA si articola in tre macro-obiettivi: supportare lo sviluppo dei community hospitals verso una sempre migliore qualità di cura, generare networking tra i professionisti, i territori e i pazienti, e promuovere la ricerca scientifica relativa allo sviluppo di modelli di assistenza territoriale. L'associazione è composta da membri con diverse formazioni professionali: non solo figure mediche (medici ospedalieri, MMG ecc.), ma anche professioni sanitarie (infermieri, OSS ecc.), assistenti sociali, consulenti, manager con esperienza nel settore sanitario, *policy makers* locali ecc.

Il caso inglese vanta una delle più lunghe tradizioni in termini di community hospitals: il primo fu fondato infatti nel 1859 nel Surrey, a 70 km a sud di Londra. Il numero di community hospitals è aumentato progressivamente fino ad arrivare a più di 500 nel 2021 in tutto il Regno Unito. Si tratta quindi di un modello assistenziale di lunga data, che ha visto la sperimentazione di diversi approcci e che nel tempo si è evoluto e modificato. Negli anni più recenti questo sviluppo è stato supportato e incentivato dal ruolo della CHA, che si spende proattivamente sul territorio per raccogliere, raccontare e restituire esperienze di successo di *community care*.

9. Vocazioni e caratteristiche di servizio possibili per l'ADI di *Rita Florio*

Il presente capitolo si sviluppa a partire dalla necessità di riflettere sull'assistenza domiciliare integrata (ADI), partendo dalle finalità di cui si intende rivestire i servizi in essa ricompresi. Nonostante i molteplici tentativi di valorizzazione dell'ADI, la retorica sostenuta sull'esigenza di ripensare il domicilio come primo luogo di cura in ragione della trasformazione dell'intera rete di servizi non è stata accompagnata da un altrettanto sostenuto incremento in termini di accesso al servizio. Per incentivare le forme di assistenza domiciliare secondo una logica di appropriatezza delle cure erogate, è necessario definire le vocazioni dell'ADI, in termini di ruolo prestazionale, di transizione o di presa in carico; e successivamente interrogarsi sulle strategie da adottare per dare corpo a suddetta visione. Dopo aver delineato lo stato dell'arte dell'assistenza domiciliare, si propongono le visioni alternative di interpretazione del servizio, inquadrando obiettivi ragionevoli e sostenibili per il SSN, nonché le leve organizzative e culturali per far emergere le potenzialità ancora inespresse dell'ADI.

This chapter paves the ground for a reflection on the future connotation and role of integrated home care (ADI, Assistenza Domiciliare Integrata), and which services ADI should provide to final users to be appropriate and effective. To provide incentives to ADI according to a logic of appropriateness of provided care, it is necessary to define ADI's vocation, in terms of service provider, transitional role or by taking charge of patients; then, the question is which strategies may give substance to the agreed vision. After delineating the state of the art with regards to home care, the chapter offers some interpretative keys, while focusing on reasonable and sustainable goals for the National Health Service (SSN, Servizio Sanitario Nazionale), and cultural and organizational strategies for bringing out the potential of ADI.



La lunga notte dell'infermiere a domicilio

9.1 Introduzione

I cambiamenti sociali degli ultimi decenni – si pensi, a titolo esemplificativo, alla maggior aspettativa di vita e alla crisi pandemica Covid-19 – hanno condotto a un ripensamento del SSN (Longo e Ricci, 2021), rilanciando la necessità di rafforzare e imbastire, laddove assenti, le reti sociosanitarie territoriali di cure primarie e di continuità assistenziale, con l'obiettivo di migliorare l'organizzazione delle cure e l'accessibilità dei servizi (Sandulli e Posteraro, 2021). In particolare, la crisi sanitaria innescata dalla pandemia Covid-19 ha ulteriormente dato impulso all'assistenza sociosanitaria extra ospedaliera, evidenziando i già evidenti problemi di organizzazione del personale sanitario e di gestione dei pazienti. Si è così posto l'accento sulla necessità di ripensare e incentivare forme di assistenza domiciliare. La valorizzazione dell'assistenza territoriale, infatti, ha l'obiettivo di intervenire in modo anticipato sui bisogni. Per una popolazione particolarmente anziana, per esempio, gli interventi di sanità di iniziativa, di conciliazione terapeutica, di monitoraggio sulla salute delle comunità consentono di ridurre il carico clinico assistenziale della domanda futura. Così, la riorganizzazione volta alla valorizzazione dell'assistenza territoriale consentirebbe di conseguenza di alleggerire la pressione sugli ospedali, in termini di accessi ai PS e conseguenti ricoveri e, dunque, di rendere maggiormente sostenibile la spesa sanitaria (Armeni *et al.*, 2018).

Nel panorama dell'assistenza sociosanitaria extra ospedaliera, i servizi offerti dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ricoprono un ruolo chiave. Quando si parla di ADI si fa riferimento a una «piattaforma» di servizi che può assumere una molteplicità di connotazioni e funzioni. Per esempio, si fa riferimento all'ADI per indicare la funzione di *case management* a beneficio dei pazienti anziani fragili; ancora, ci si riferisce all'ADI per indicare la funzione di collegamento e integrazione, frequentemente tra MMG e infermieri; in rari casi, tale piattaforma di servizi si occupa anche dell'erogazione di altre specialità. In generale, le vocazioni e le funzioni dell'ADI vengono variamente declinate a seconda delle specificità proprie del territorio all'interno del quale l'ADI viene attivata e della diversa intensità assistenziale che corrisponde alla varietà del portafoglio di interventi attivabili.

Nel contesto nazionale, molteplici sono stati i tentativi di configurazione e valorizzazione del servizio di ADI, improntati a un'ottica di maggiore accessibilità. Infatti, al fine di rendere il servizio effettivamente disponibile, già negli anni Ottanta sono state portate avanti le prime sperimentazioni sulla scia di interventi spontanei e autonomi provenienti dalle singole aziende sanitarie sparse sul territorio. Successivamente, negli anni Novanta, si è tentato un consolidamento delle sperimentazioni precedentemente intraprese, soprattutto con il «Progetto obiettivo anziani» del 1992.

Nonostante la retorica sostenuta sull'importanza dell'ADI per un più efficace funzionamento del SSN nel gestire la cronicità, si registra e persiste un'intensità estremamente bassa in termini di accessi. Infatti, osservando i dati sull'ADI, che riportano un dato a livello nazionale di 15 ore erogate in media per ogni caso anziano (Longo *et al.*, 2022), tale «piattaforma» viene a connotarsi prevalentemente come un servizio spot di assistenza transitoria e scarsamente programmata e programmabile. Tale situazione, che interessa l'intero territorio nazionale, si mostra ancora più marcata a livello regionale, dove alcune scelte politiche ispirate alla ricerca di consenso hanno prodotto un ulteriore annacquamento in termini di ore erogate e utenti in carico. Tali logiche di implementazione, ispirate al consenso piuttosto che all'effettivo bisogno, hanno avuto come effetto negativo quello di impedire che il potenziale dell'ADI trovasse piena valorizzazione. Secondo i dati ISTAT relativi all'anno 2021, il volume di attività ADI a beneficio degli over 65 con riferimento all'anno 2019 passa da 3 anziani su 100 nelle regioni del Nord Italia, a 2,3 al Centro Italia e a 2,6 nel Sud Italia, con la presenza di alcune regioni e province autonome (Lazio, Valle d'Aosta, Calabria e Provincia Autonoma di Bolzano) che non raggiungono la soglia di 1,5% di anziani presi in carico in ADI (Istat, 2021).

Il quadro di difficoltà gestionali e organizzative delineato pone l'accento sull'urgenza di espandere le misure di assistenza sociosanitaria all'esterno delle mura ospedaliere fino a privilegiare l'ambiente domestico come luogo prediletto della cura e dell'assistenza. Il presente capitolo propone di inquadrare l'ADI ponendo l'accento su tre aspetti principali. Primo, il ripensamento del domicilio come luogo di cura va inteso in ragione dell'intera trasformazione della filiera dei servizi, sicché il funzionamento dell'ADI deve necessariamente variare in relazione, per esempio, al funzionamento degli Ospedali di Comunità. Secondo, poiché il contributo dell'ADI risponde a logiche diverse a seconda dei fabbisogni espressi, gli interventi richiedono una diversificazione degli interventi in termini di intensità. Terzo, a fronte di una offerta abbastanza sottodimensionata in termini di accessi per paziente, il raggiungimento degli obiettivi del PNRR relativamente all'ADI richiede un ridisegno complessivo degli interventi sul territorio, prevedendo il coinvolgimento di figure diverse, per esempio gli OSS. A fronte di tale quadro, due domande principali accompagnano lo sviluppo del presente capitolo. In primo luogo, viene da chiedersi quali vocazioni e caratteristiche debba possedere l'ADI; ovvero, se privilegiare una vocazione di offerta di prestazioni, di transizione oppure di presa in carico continuativa. In secondo luogo, chiaritane la vocazione, occorre chiedersi quali siano le strategie più adatte a dare corpo alla suddetta visione, in termini di collaborazione con i *caregiver*, con la sanità privata e con figure sempre più chiave nella gestione della cronicità quali le badanti.

Gli obiettivi del presente capitolo sono quelli di:

1. offrire una sistematizzazione delle esperienze che riguardano l'ADI, restituendo una fotografia puntuale dello stato dell'arte, rappresentativa dell'ampio spettro di configurazioni esistenti all'interno dei vari contesti territoriali;
2. identificare le criticità dell'ADI, ipotizzando soluzioni di presa in carico sostenibili, che superino la logica del mero consenso politico e che abbiano un impatto effettivo sul soddisfacimento dei bisogni;
3. elucidare le potenzialità ancora inesprese dell'ADI, valorizzando e legittimando l'eterogeneità delle soluzioni adottate.

9.2 L'ADI oggi nel Servizio Sanitario Nazionale

Il presente paragrafo propone una connotazione dell'ADI e offre una sintesi ragionata dei diversi modelli organizzativi adottati, al fine di evitare zone grigie nella comprensione di cosa sia effettivamente l'assistenza domiciliare e quali servizi sia in grado di offrire.

9.2.1 Definizioni dell'ADI e servizi offerti

Con il termine ADI intendiamo tutti quei servizi di base a supporto di servizi domiciliari specialistici, secondo una logica di sistema che considera il domicilio come il luogo privilegiato della cura. Peraltro, la creazione di una logica sistemica e di un ambiente favorevole alla cura e assistenza presso il domicilio – soprattutto per i soggetti anziani non autosufficienti, con riferimento a quella pratica nota come «*ageing in place*», secondo la definizione fornita dall'OECD nel 1994 – è la finalità dichiarata di numerosi interventi di sanità pubblica nel mondo occidentale. Nel contesto italiano, l'idea di rendere il domicilio il luogo privilegiato della cura ha visto processi di implementazione condotti in parallelo dalle varie regioni, con esiti spesso frammentari. A fronte di tale frammentarietà, risulta necessaria una fotografia dello stato dell'arte che rifletta l'eterogeneità delle varie soluzioni adottate. Infatti, l'ADI è un tipo specifico di modello di intervento a domicilio, il quale è anche appannaggio dell'IFoC, del MMG, dei servizi erogati in telemedicina e degli interventi del terzo settore.

Alla luce del *framing* proposto, che dunque connota l'ADI come «piattaforma», la stessa permetterebbe di orchestrare e ricomprendere tutti quegli strumenti e quelle risorse necessarie a gestire i pazienti anziani fragili ed erogare prestazioni volte alla stabilizzazione di quei pazienti che ne esprimano la necessità. All'interno di questo ampio spettro di servizi possibili, l'ADI assume così funzioni differenti. Altresì, può rivolgersi a diverse categorie di pazienti, quali individui non autosufficienti presenti sul territorio, individui fragili in uscita da setting ospedalieri, sia PS sia degenze, e così via. In definitiva, si riscontra, almeno nel dichiarato, la compresenza di finalità estremamente variegata sotto lo stesso label, situazione largamente trattata a più riprese nei rapporti OASI a partire dall'anno 2019.

Data l'ampiezza dei margini definatori, una chiara connotazione dell'ADI non può prescindere da una sua qualificazione e adattamento relativamente a target di riferimento, finalità e contesto territoriale di implementazione. Per quanto concerne i target di riferimento e le finalità a essi correlate, queste possono riassumersi in termini di:

- possibilità di fornire assistenza a pazienti con patologie che non richiedono un trattamento ospedaliero, al fine di evitare accessi inappropriati ai PS ed eventuali ricoveri;
- favorire la continuità assistenziale per quei pazienti dimessi che presentano la necessità di proseguire le cure all'esterno del setting ospedaliero presso cui hanno ricevuto il primo trattamento;
- fornire supporto ai *caregiver*, con particolare attenzione alle famiglie dei pazienti;
- favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazione, per esempio lavorando di concerto con le équipes di riabilitazione presso il domicilio;
- migliorare la qualità della vita nelle fasi terminali, permettendo ai pazienti di trascorrere queste ultime presso l'abitazione dell'assistito (Sandulli e Posteraro, 2021).

Per quanto concerne il contesto territoriale di implementazione, si riscontrano livelli di intensità del servizio variabili a livello regionale. A titolo esemplificativo, si riportano le esperienze del Veneto e del Lazio, che dispongono già di assistenza domiciliare integrata a un buon livello di implementazione, sia per quanto riguarda l'integrazione orizzontale tra le varie figure professionali responsabili dell'assistenza e della cura del paziente al domicilio, sia per il livello di copertura assistenziale raggiunto. Con riferimento alla prima esperienza, si illustra brevemente la buona prassi del modello di gestione dell'ADI sviluppata dalla Regione Veneto. A fronte di 4,92 milioni di abitanti, il Veneto presenta un'organizzazione del SSR ripartita su 9 ULSS e 26 Distretti. Negli ultimi anni, la Regione Veneto ha promosso con convinzione lo sviluppo delle cure domiciliari in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che promuovesse la continuità dell'assistenza, ovvero prevedendo il coinvolgimento del MMG, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura cardine del percorso di presa in carico e coinvolgendo la famiglia/*caregiver* nell'attuazione del PAI. Le Centrali Operative dell'ADI sono state configurate come interfaccia principale per la gestione dei pazienti già presi in carico e svolgono le principali funzioni di rispondere ai bisogni degli utenti a fronte di una richiesta compilata dal MMG, di accogliere le segnalazioni degli stessi, di pianificare e organizzare i servizi offerti dalle équipes presenti sul territorio. Inoltre, l'ADI opera in stretta collaborazione con il servizio di fisioterapia domiciliare, il quale contribuisce al conseguimento

dell'obiettivo della continuità assistenziale, consentendo il reinserimento del paziente presso il proprio domicilio (Sandulli e Posteraro, 2021).

Con riferimento alla seconda esperienza regionale precedentemente introdotta, si richiama l'organizzazione dell'ADI nella Regione Lazio. A fronte di 5,71 milioni di abitanti, il Lazio presenta un'organizzazione del SSR ripartita su 12 ASL e 53 Distretti. Nella regione, il livello di copertura assistenziale della popolazione over 65 ha registrato un incremento, passando da un valore di 1,87% nel 2018 a un valore di 2,35% nel 2021. In attuazione del DM 77, la regione ha presentato un'ipotesi di modalità operative e modelli professionali per l'ADI, in stretto raccordo con le trasformazioni digitali dei servizi di telemedicina e del ruolo svolto dalle COT. Il percorso di cure domiciliari ipotizzato dalla regione si articola su tre livelli, che riguardano le modalità di erogazione e/o i percorsi attivabili per tipologia di paziente. I tre livelli riguardano i pazienti cronici a livello territoriale, i servizi da PS verso il domicilio, i servizi dalle degenze ospedaliere verso il domicilio. La centralizzazione dei processi sui tre livelli dovrebbe avvenire presso l'ADI e di concerto con la COT, al fine di preservare i processi provenienti dal setting ospedaliero (PS e degenze). Per quanto riguarda lo stato di implementazione dell'ADI nella Regione Lazio, è positivo notare come tutte le ASL presentino modelli di centralizzazione, anche per quanto concerne la valutazione degli esiti.

In considerazione della molteplicità dei modelli organizzativi adottati, della variabilità in termini di copertura del servizio e della pletora di soluzioni che compongono l'assistenza presso il domicilio del paziente, occorre delineare una regia degli interventi a domicilio che sviluppi ed esalti l'assistenza e la cura sul territorio, spesso offuscato dal dilagare incontrastato di modelli ospedalecentrici nelle reti di offerta.

9.2.2 Dati attuali, caratteristiche della domiciliarità e criticità

Il presente paragrafo offre una sintetica digressione quantitativa sui dati relativi agli accessi e alle prestazioni erogate per singolo paziente. Come evidenziato nel Capitolo 5 del Rapporto OASI 2021 (Berloto *et al.*, 2021), i dati del 2018 mostrano un incremento delle ore erogate pari al 18,23% rispetto alla rilevazione precedente. Sebbene le ore erogate si mostrino in netta crescita, altrettanto non può dirsi per il numero medio di ore annue erogate per ciascun assistito over 65. Tale dato, infatti, resta fermamente saldo a un valore di 18 ore, che vanno dalle 42 ore medie all'anno della Regione Piemonte alle 5 ore medie all'anno della Regione Veneto. Allo stesso tempo, si registra un incremento nel numero di assistiti, che registra una crescita del 7%. L'incremento delle ore erogate, se letto in relazione alle ore medie erogate per assistito, evidenzia una situazione tutt'altro che incoraggiante, ponendo la luce sulla natura dell'assistenza, che consta di interventi transitori più che di una vera e propria presa in carico.

A livello nazionale, dunque, la capacità di intervento dell'ADI risulta depotenziata in termini di prestazioni erogate in media per singolo assistito. Tale risultato poco roseo è ulteriormente consolidato in negativo se si guardano i dati del 2020. Come evidenziato nel Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022 (Longo *et al.*, 2022), il 2020 ha costituito un'importante battuta d'arresto per l'ADI, che registra per lo stesso anno un calo del 16% nelle ore di assistenza erogate. Inoltre, sempre nel 2020 si registra un calo nel numero medio di ore annue erogate per ciascun assistito over 65, con una flessione da 18 ore medie del 2019 a 15 ore medie.

A livello regionale, l'ADI è caratterizzata da una spiccata eterogeneità, sia per quanto riguarda il numero di assistiti che per quanto concerne l'intensità di cura, ovvero il numero di prestazioni erogate per singolo assistito. Inoltre, la difformità regionale si rispecchia anche nelle diverse scelte di spesa, con la spesa maggiore sostenuta dal Friuli Venezia-Giulia (6,2% della spesa) e la spesa minore sopportata dalla Valle d'Aosta (0,7% della spesa). La Tabella 9.1 mostra i casi ADI anziani e la copertura del fabbisogno per regione.

Tabella 9.1 Casi ADI per la popolazione 65+ e copertura del fabbisogno, anno 2020

Regione/PA	Popolazione 65+	Prevalenza NA 65+	Popolazione 65+ NA	Casi ADI anziani	Copertura del bisogno
Molise	75.887	25,8	19.579	12.362	63%
Veneto	1.135.667	22,9	260.068	125.800	48%
Toscana	950.428	26,8	254.715	109.941	43%
Emilia-Romagna	1.079.476	33,0	356.227	110.794	31%
Friuli-Venezia Giulia	319.905	21,7	69.419	19.882	29%
PA di Trento	122.248	23,7	28.973	7.651	26%
Lombardia	2.295.835	24,4	560.184	141.532	25%
Basilicata	130.001	33,0	42.900	7.382	17%
Piemonte	1.115.960	22,9	255.555	40.657	16%
Lazio	1.276.877	26,9	343.480	52.865	15%
Abruzzo	314.288	32,7	102.772	15.727	15%
Liguria	438.344	22,5	98.627	14.316	15%
Sicilia	1.056.210	34,6	365.449	53.021	15%
Umbria	225.810	30,3	68.420	9.687	14%
Campania	1.099.634	34,0	373.876	51.727	14%
Puglia	891.842	32,8	292.524	38.816	13%
Marche	381.026	32,3	123.071	13.857	11%
Sardegna	393.813	35,2	138.622	12.215	9%
Calabria	419.874	35,6	149.475	5.871	4%
Valle d'Aosta	30.309	24,0	7.274	160	2%
PA di Bolzano	105.656	24,1	25.463	560	2%
Italia	13.859.090	28,4	3.935.982	844.823	21%

Fonte: Rapporto OASI 2022, Capitolo 5

Inoltre, le caratteristiche della domiciliarità possono essere evidenziate facendo riferimento alle differenze tra ADI e setting ospedalieri, in termini di costi, assetti organizzativi e, soprattutto, di natura degli interventi. Per quanto concerne i costi, l'ADI si trova a sostenere una serie di costi variabili, mentre l'ospedale opera facendo riferimento a un sistema di costi fissi piuttosto consolidato. Per quanto concerne gli assetti organizzativi, invece, l'ADI richiede una strutturazione multidimensionale e multidisciplinare, che non può prescindere da un'ottica di project management e dalle competenze necessarie per disegnarne la programmazione. Al contrario, nella maggior parte dei casi l'ospedale si presenta ancora come ancorato a strutture verticistiche e gerarchiche, con le varie strutture dipartimentali e unità operative organizzate secondo modelli a silos, che quindi non sempre permettono o necessariamente richiedono una logica di sistema. Tuttavia, anche in ospedale esistono modelli multidimensionali, multi-professionali e multidisciplinari, così come avviene, per esempio, per gli assetti organizzativi che riguardano la gestione delle malattie rare. Infine, il tema distintivo che va a connotare l'ampio spettro della domiciliarità rispetto ai setting ospedalieri è legato alla diversa natura degli interventi. Gli interventi domiciliari, infatti, sono prevalentemente a valenza assistenziale, mentre quelli ospedalieri sono fortemente connotati da valenza clinica. Dunque, laddove per gli interventi ospedalieri l'elemento di integrazione è dettato da logiche gerarchiche, per gli interventi a domicilio occorre sviluppare modelli di coordinamento non gerarchici e che siano adattabili alle peculiarità del contesto di riferimento.

Per quanto sia innegabile la necessità di ripensare l'ADI in maniera orizzontale, allo stato attuale l'organizzazione di tale «piattaforma» di servizi si presenta ancora relegata e depotenziata da logiche organizzative di tipo gerarchico. Tale condizione vigente potrebbe essere il risultato di variabili diverse, tra cui la strutturale mancanza di personale e delle competenze necessarie per operare il passaggio a uno stile manageriale improntato alla realizzazione di progetti, oltre che a eventuali scelte delle classi politica e dirigenziale non sempre lungimiranti, per le quali l'ADI non ha rappresentato una priorità nell'agenda politica e nelle scelte di investimenti.

9.3 L'ADI all'interno della progettazione del Piano Nazionale di Ripresa Resilienza

La Missione 6 del PNRR prevede, tra i suoi obiettivi, il rafforzamento dell'ADI, con particolare riferimento agli anziani fragili e in condizioni di non autosufficienza. Nello specifico, si è delineato l'obiettivo di raggiungere il 10% della popolazione over 65 entro il 2025, ovvero 1.380.000 anziani (Berloto *et al.*, 2021). Nonostante gli apprezzabili stanziamenti annuali, tale obiettivo tuttavia non può essere perseguito in assenza della predisposizione e adozione di opportune strategie che possano supportare i processi di *change management* aziendali e di sistema. Valorizzare la casa come primo luogo di cura significa, di fatto, favorire

l'implementazione di soluzioni volte a migliorare la gestione della presa in carico e la programmazione dell'assistenza domiciliare dei pazienti fragili e cronici.

In questo impianto normativo e organizzativo, si ravvisano dei chiari obiettivi di sistema che mirano al raggiungimento di:

- equità nell'accesso all'assistenza e alla cura, mantenendo alti gli standard qualitativi e prestando particolare attenzione a contesti difficili rispetto a indicatori socioculturali, economici e geografici;
- appropriatezza delle cure, attraverso la riduzione degli accessi ai PS e delle ospedalizzazioni;
- continuità dell'assistenza presso il domicilio, attraverso strumenti di presa in carico precoce, tra cui le dimissioni protette dalle strutture di ricovero;
- riduzione del rischio con riferimento a soggetti a rischio di insorgenza o affetti da patologie croniche, attraverso l'utilizzo dei servizi di telemedicina in un'ottica di presa in carico del paziente efficace ed efficiente;
- miglioramento della qualità di vita percepita di pazienti e *caregiver*, favorendo un cambiamento culturale basato sull'educazione terapeutica.

Sebbene la predisposizione di opportune strategie di *change management* sia *conditio sine qua non* per progettare e implementare l'ADI in linea con quanto stabilito dal PNRR, è necessario segnalare alcune criticità che inibiscono i cambiamenti auspicati. In particolare, si evince come la dotazione di personale, con particolare attenzione al personale infermieristico, sia insufficiente a raggiungere il target del 10%. A titolo esemplificativo, si richiama lo stato dell'arte in merito alla copertura attuale di suddetto target per la Regione Lazio. I dati regionali testimoniano un incremento nel livello della copertura assistenziale nella popolazione over 65, che è passato da un valore di 1,87% nel 2018 a un valore di 2,43% nel 2021. I dati preliminari relativi al 2022, riferiti ai primi tre trimestri dell'anno, indicano un ulteriore miglioramento, pari al 2,46%. Sebbene l'incremento sia innegabile, la soglia raggiunta resta nettamente distante dal target considerato del 10%.

In definitiva, nel dibattito sull'implementazione dell'ADI nel rispetto degli standard richiesti dal PNRR sono emersi spunti di discussione e opportunità di ripensamento, sia a livello nazionale sia su scala regionale. A livello nazionale, emerge come la capacità di intervento dell'ADI risulti depotenziata in termini di accessi per singolo paziente. A livello regionale, l'ADI si presenta come caratterizzata da una spiccata eterogeneità, con riferimento al numero di assistiti, all'intensità di cura esercitata sugli assistiti e alla spesa destinata all'ADI all'interno delle voci di bilancio. In generale, si evince la mancanza di una programmazione seria e ragionata nella progettazione di cosa dovrebbe essere l'ADI e di come si vorrebbe che espletasse le sue finalità; situazione che si traduce, in taluni

casi, in senso di smarrimento e scoraggiamento rispetto alle potenzialità future e spesso ancora inespresse dell'ADI.

Peraltro, l'obiettivo numerico dato dal PNRR (10% della popolazione over 65) dovrebbe essere integrato con riflessioni di sistema, che rendano pregnante suddetto valore numerico attraverso la considerazione dell'intensità della presa in carico, delle vocazioni, delle caratteristiche e delle competenze del personale coinvolto nel servizio, del disegno dei percorsi e processi, delle metriche di valutazione. Allo stesso modo, il principale processo di rendicontazione sui finanziamenti del PNRR pone l'accento sulla realizzazione di strutture e sul raggiungimento di target numerici piuttosto che sulla riorganizzazione dei processi di cura. Declinare in maniera più dettagliata il raggiungimento del target numerico consentirebbe di rafforzare l'idea che lo sviluppo delle cure domiciliari non possa ridursi allo sterile aumento degli utenti presi in carico, peraltro con i modelli operativi esistenti, ma che debba avvenire nell'ottica di un processo di trasformazione che riguardi tutte le leve strategiche.

9.4 Finalità dell'ADI, competenze professionali e interdipendenze organizzative

Nel tentativo di offrire un'interpretazione esaustiva del fenomeno oggetto del presente capitolo, si delineano le finalità alternative possibili per l'ADI, le competenze professionali necessarie al raggiungimento di tali finalità e la gestione delle interdipendenze nell'ottica di un modello multicanale di erogazione delle cure. Nella direzione di un modello di gestione delle cure a domicilio che sia rispondente alle esigenze dell'individuo in stato di bisogno, dei *caregiver* a lui prossimi e del territorio di riferimento, occorre operare delle scelte in termini di vocazione e posizionamento strategico.

9.4.1 Finalità alternative possibili per l'ADI

Per garantire una risposta adeguata a un modello di gestione delle cure a domicilio appropriato rispetto ai bisogni dei pazienti, è necessario operare una ricognizione delle finalità possibili a cui l'ADI può ispirare l'espletamento delle sue funzioni. L'ADI, dunque, può esprimere le seguenti finalità:

- erogare prestazioni, classificabili su due ordini di livelli. Per quanto riguarda la durata delle prestazioni, può trattarsi di prestazioni: 1) urgenti; 2) a pacchetto/ciclo finito; 3) permanenti e stabili. Per quanto riguarda, invece, le competenze coinvolte nei processi di erogazione, questi possono coinvolgere competenze: 1) monoprofessionali e semplici, oppure 2) multiprofessionali e complesse;

- *case management*, mantenendo il focus sulla dimensione socioassistenziale insita nel bisogno del paziente e facendo leva sulle competenze del personale infermieristico disponibile;
- *care management*, preservando il focus sulla dimensione clinica presente nella gestione dei pazienti fragili e/o cronici, facendo quindi leva sulle competenze specialistiche.

Nella convinzione che sia determinante stabilire a monte quali siano le finalità che si intende perseguire attraverso la piattaforma dell'ADI, il futuro dell'assistenza domiciliare non può prescindere dalla finalità madre di intercettare rapidamente i pazienti presenti sul territorio e in transito dai setting ospedalieri, mantenendo saldi i principi di appropriatezza delle cure e sostenibilità del sistema. A livello territoriale, è importante intercettare precocemente i soggetti fragili, seguendo un approccio proattivo piuttosto che di attesa. Si ravvisa, peraltro, il rischio di ridurre la portata dell'ADI a un servizio di assistenza transitoria, sminuendone dunque la vocazione. Secondo questa logica, al MMG spetta un importante ruolo di segnalazione e attivazione dell'ADI, individuando i soggetti a rischio di sviluppo di patologie croniche o caratterizzati da una maggiore esposizione a vulnerabilità socioeconomica, indicando interventi sia di breve sia di lungo periodo, e svolgendo un ruolo educativo di sostegno ai *care-giver* presso il domicilio. A fronte di tale attivazione, l'ADI può essere in grado, in tempi brevi, di individuare il tipo di intervento appropriato per quel paziente specifico e la frequenza di assistenza e cura, anche prevedendo forme di assistenza da remoto. Peraltro, la predisposizione di modelli ibridi di erogazione delle cure a domicilio che associno l'erogazione in presenza a quella a distanza potrebbe ovviare alla scarsità del personale che sarebbe richiesto se si volesse raggiungere il target del 10% della popolazione over 65 entro il 2025.

Ancora, nei casi di vulnerabilità sociale, l'ADI dovrebbe prevedere e svolgere una necessaria funzione di raccordo e integrazione con i servizi sociali, al fine di attivare processi di sostegno ai pazienti e alle famiglie.

Non da ultimo, è opportuno ricordare come la presa in carico precoce debba avvenire anche presso le strutture ospedaliere, con particolare riferimento ai PS, ma anche prestando riguardo al transito dei pazienti dalle degenze ospedaliere verso il domicilio. In questo caso, la COT rimane il punto di riferimento e l'interfaccia privilegiata per l'avvio del processo di segnalazione e presa in carico.

9.4.2 Competenze necessarie per il raggiungimento delle diverse finalità

La situazione a macchia di leopardo che caratterizza lo stato attuale dell'ADI richiede un ragionamento su quali siano le competenze necessarie per perseguire le diverse finalità. A fronte della necessità di potenziare il ruolo dell'ADI, le

aziende sanitarie e i distretti dovrebbero dotarsi delle competenze necessarie per esplorare il potenziale inespresso dell'ADI.

Il mondo della domiciliarità è composto da un mix di diverse competenze e aree professionali di riferimento. Tale mix non può prescindere dalla collaborazione di infermieri, OSS, medici, riabilitatori; allo stesso tempo, il mondo della domiciliarità si basa sulla disponibilità di personale amministrativo, di assistenti sociali e altre figure che popolano l'offerta di questa piattaforma di servizi. Al fine di raggiungere il target del 10% della popolazione over 65, risulta indispensabile una valutazione delle risorse umane e delle competenze da attribuire stabilmente all'ADI. In altre parole, è necessario operare scelte strategiche sulle modalità attraverso cui allocare i servizi all'interno delle diverse aree, soprattutto in virtù della scarsità di personale infermieristico reclutabile.

Dunque, è necessario 1) valorizzare le funzioni dell'ADI rispetto alle relative finalità e individuare le competenze coinvolte e quelle da acquisire laddove mancanti; 2) orientare il servizio secondo i bisogni prioritari predefiniti; 3) potenziare i servizi domiciliari in ottica di governance e di interconnessioni di sistema.

Al fine di operare il passaggio vocazionale da funzioni di prestazioni transitorie a funzioni di presa in carico, risulta imprescindibile un ripensamento su valori e ruoli attribuiti alla figura professionale dell'infermiere. Tale professionalità dovrebbe essere oggetto di un passaggio culturale che abbandoni la rappresentazione dell'infermiere come mero esecutore di protocolli e procedure a favore di una rappresentazione che lo veda come figura chiave nel percorso di cura e assistenza dei pazienti in carico. Tuttavia, considerata la grave scarsità di personale infermieristico, l'ADI dovrebbe prevedere un coinvolgimento sempre maggiore di personale non infermieristico, almeno per quanto concerne i livelli di intervento meno complessi.

Occorre, in generale, tenere presente che l'ADI ha a disposizione risorse limitate e, conseguentemente, non può soddisfare la domanda di servizi nella sua interezza. Una maggiore disponibilità di risorse umane potrebbe consentire anche l'erogazione diretta di prestazioni, soprattutto quelle a bassa complessità. Considerata l'importanza del capitale umano per consentire il raggiungimento delle finalità prefissate, si ravvisa la necessità di prevedere percorsi di formazione per lo sviluppo delle competenze di professionisti e operatori sanitari che operano stabilmente presso l'ADI, prestando particolare attenzione al rafforzamento delle competenze digitali, che potrebbero essere uno strumento vantaggioso per ovviare all'innegabile mancanza di personale.

9.4.3 Interdipendenze e loro gestione

Per garantire un modello appropriato di gestione delle cure domiciliari, è necessario ricomporre l'intricato sistema di interdipendenze e interconnessioni all'interno del quale l'ADI opera. La necessità di valorizzare l'assistenza domiciliare

all'interno di una rete strutturata di interventi sociosanitari è una tematica urgente. Il sistema dell'ADI è composto da quattro livelli principali di integrazione, che si snodano a partire dalla relazione tra ADI e 1) setting ospedaliero per le dimissioni protette da PS e ricoveri per invio di paziente «protetto/segnalato»; 2) COT, al fine di non perdere i passaggi dalle degenze ospedaliere e dai servizi di PS; 3) personale, rappresentato principalmente da infermieri ADI e IFoC; 4) risorse economiche in termini di spesa pubblica e spesa privata degli utenti. Da questo quadro emerge, dunque, come non sia possibile delegare interamente all'ADI la presa in carico degli over 65. Per quanto concerne la relazione tra ADI e COT, è bene sottolineare che si tratta di due entità distinte, seppure con un forte richiamo alla necessità di raccordo tra le due al fine di rendere fluida e continuativa la gestione dei flussi dei pazienti tra setting ospedaliero e domiciliare.

Tale macchina di integrazioni e relazioni richiede la necessaria centralizzazione, a livello aziendale *in primis*, dei processi di segnalazione, presa in carico, erogazione del servizio domiciliare e valutazione del servizio stesso. Non di rado, i singoli distretti si muovono seguendo logiche di processo estremamente parcellizzate. Dunque, predisporre e disporre di processi omogenei consentirebbe una più puntuale identificazione del bisogno espresso dagli utenti finali dei servizi e una gestione più efficiente degli accessi all'ADI.

9.5 Metriche di valutazione e responsabilità nell'attivazione del servizio

Si ravvisa la necessità di sviluppare un sistema di valutazione per appurare la bontà dei processi e dei risultati delle attività in capo all'ADI. Così come la gestione dei processi richiede una necessaria valutazione delle interdipendenze e punta alla centralizzazione dei processi, allo stesso modo le metriche di valutazione e relativi indicatori necessitano dello stesso sforzo di centralizzazione, così da poter offrire una valutazione unitaria e uniforme dei servizi erogati. Così facendo si permetterebbe il superamento di logiche organizzative di tipo gerarchico ancora persistenti negli assetti organizzativi, nonché della mancanza del personale e delle competenze richieste.

Nel chiedersi quali metriche siano più adatte per la valutazione dello stato di attivazione del servizio, occorre senza dubbio ricordare che le finalità richiedono decisioni a monte per consentire l'uniformità di visione e obiettivi. Tuttavia, finalità condivise richiedono, allo stesso tempo, configurazioni differenti che siano rispondenti alle specificità territoriali. Occorre, dunque, muovere un passo decisivo da una logica di omogeneizzazione territoriale a una logica di valorizzazione e legittimazione dell'eterogeneità delle soluzioni adottate in funzione dei bisogni ritenuti preponderanti e urgenti nei diversi contesti. La valutazione dello stato del servizio non può prescindere dalla considerazione dei diversi modelli adottati dalle regioni e dalle stesse aziende e distretti all'interno del

medesimo contesto regionale, che vanno dall'erogazione diretta e totalmente internalizzata, a vari gradi di esternalizzazione, fino all'esternalizzazione completa dell'ADI. Tali logiche di gestione, infatti, impattano in maniera differente sui modelli di valutazione, monitoraggio e responsabilità.

A chi compete la responsabilità, dunque? Sebbene la responsabilità formale dei processi di attivazione e segnalazione all'ADI sia in capo al MMG, è bene sottolineare le criticità di questo sistema di responsabilità. È evidente, infatti, come il MMG non possa essere in grado, da solo, di gestire tutto il ventaglio dell'offerta dell'ADI. Per una maggiore funzionalità e fluidità dei processi, sarebbero da individuare e suddividere le responsabilità distinguendo il livello micro dal livello macro. A livello micro, la responsabilità riguarda la fase operativa, ovvero l'attivazione del servizio, e sarebbe da considerarsi appannaggio del MMG, dell'ospedale e dell'IFeC. A livello macro, la responsabilità riguarda la fase decisionale, ovvero il governo del servizio, e sarebbe da considerarsi appannaggio di strutture organizzative di vario ordine di grandezza, quali distretti, aziende, dipartimenti di cure primarie e Case della Comunità. Sarebbe necessario individuare tempestivamente chi è responsabile dei percorsi assistenziali e garantire la presa in carico precoce dei pazienti. Senza dubbio, una maggiore disponibilità di risorse umane consentirebbe una più fluida e puntuale gestione dei processi di presa in carico.

9.6 Conclusioni

I cambiamenti sociali e demografici degli ultimi anni, insieme all'evento pandemico che ha sottoposto i sistemi sanitari a una severa prova di resistenza, hanno evidenziato l'importanza di operare uno spostamento del luogo privilegiato delle cure in continuità dalle strutture ospedaliere al domicilio, così da evitare ricoveri inappropriati e rendere più efficiente la spesa sanitaria. Il presente capitolo offre una sintesi ragionata dello stato dell'arte e delle prospettive di sviluppo future dell'Assistenza Domiciliare Integrata nel panorama del SSN. L'ADI è stata introdotta in Italia negli anni Novanta, periodo nel quale iniziavano a prendere forma piani di intervento personalizzato, per poi entrare, nel 2001, nei LEA, ribadendone così la funzione chiave.

L'assistenza domiciliare integrata può assolvere, almeno in potenza, a una molteplicità di finalità e funzioni, consentendo la presa in carico su più livelli dei pazienti fragili e cronici, il miglioramento della qualità di vita percepita dei pazienti (OCSE, 2013) grazie a un miglior impatto delle terapie presso il domicilio sulle abitudini di vita, maggiore sostenibilità e appropriatezza delle spese a carico del SSN, tramite la riduzione degli accessi ai PS e conseguenti ricoveri per i casi meno complessi che possono essere risolti presso il domicilio dell'assistito. Tuttavia, una riflessione realistica sulla capacità effettiva dell'ADI di rispondere a tutte le funzioni di cui potrebbe essere titolare legittimo è quanto mai urgente.

Conseguentemente, risulta imprescindibile una ridefinizione di quali siano le vocazioni dell'ADI e i risultati attesi.

Per riassumere in estrema sintesi quanto esposto in questo capitolo, si ravvisa la necessità di ragionamento e programmazione, a fronte della limitatezza delle risorse e del bisogno sideralmente superiore espresso dai pazienti fragili e cronici. Questa presa di coscienza non può prescindere da processi decisionali e atti di responsabilizzazione a monte con riferimento alle finalità da perseguirsi tramite l'ADI (erogazione di prestazioni, *case management*, *care management*). Tali decisioni devono necessariamente tener conto dell'inevitabile trade-off tra intensità assistenziale e il numero di pazienti assistiti. Servirebbe, inoltre, riflettere sul tema delle competenze necessarie per le finalità prefissate. A tal proposito, non è più rimandabile un ragionamento sulla necessità di valorizzare la professionalità dell'infermiere, da concepirsi come figura chiave nei percorsi di cura e assistenza e non come mero esecutore di procedure¹. Inoltre, considerata la capacità dell'ADI di assumere configurazioni differenti a seconda delle specificità territoriali di riferimento, sarebbe auspicabile un passaggio culturale da una logica di omogeneizzazione territoriale a una logica di valorizzazione e legittimazione dell'eterogeneità delle soluzioni adottate in funzione dei bisogni dei contesti. Da ultimo, non è più possibile ignorare i processi di digitalizzazione, al fine di concepire la continuità delle informazioni come *conditio sine qua non* per rendere operativa ed efficace la continuità assistenziale. In questo modo, si auspica una riduzione dello scollamento tra proclami politici ed effettiva implementazione dell'assistenza domiciliare, al fine di rendere chiare le finalità, le responsabilità e i processi ai destinatari dei servizi, agli operatori e ai professionisti del settore sanitario.

¹ Si veda l'art. 2 del Codice Deontologico approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019: «L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca». Più specificatamente nell'art. 17 comma 2 viene espresso il ruolo di educatore: «L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili». www.fnopi.it, «Il Codice Deontologico dell'infermiere», sezione Deontologia della Federazione nazionale Ordini professioni infermieristiche.

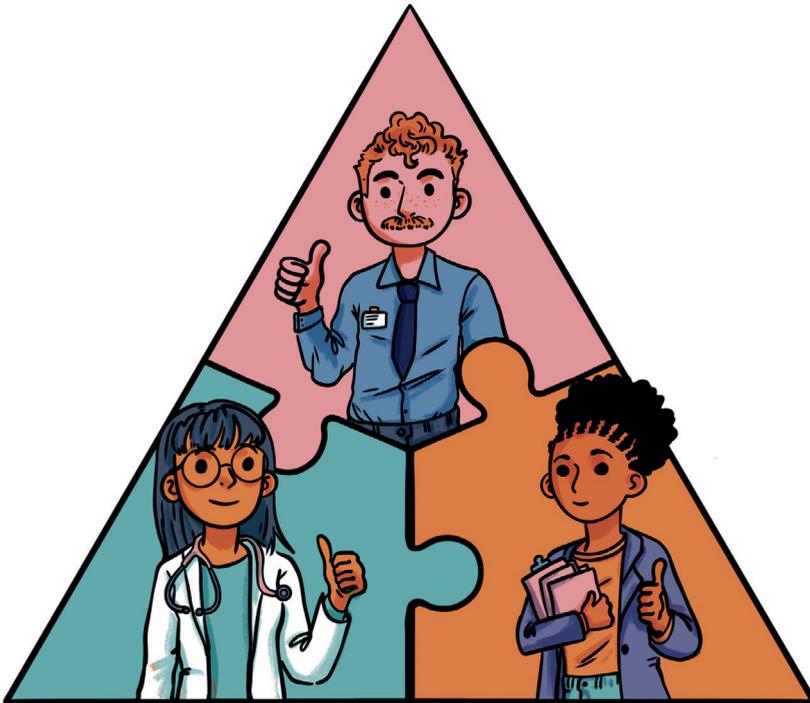
10. Assetti organizzativi dei servizi territoriali e specialistici

di *Federica Dalponte e Francesco Longo**

Il presente capitolo intende caratterizzare uno degli spazi di autonomia che il DM 77 lascia alle realtà regionali e aziendali, ovvero l'associazione fra alcune funzioni di governo dell'assistenza territoriale e le parti dell'organizzazione generale dell'azienda sanitaria. Dopo aver delineato le quattro funzioni di governo dell'assistenza territoriale (governo clinico, operation management, *service design* e allocazione delle risorse) e le parti dell'azienda adibite alla gestione ed erogazione di assistenza territoriale (distretto sociosanitario, dipartimenti, setting erogativi territoriali e vertice strategico), il capitolo propone un framework di analisi e progettazione degli assetti organizzativi che possa guidare il processo di attribuzione delle funzioni di governo dell'assistenza territoriale alle parti dell'azienda nei diversi contesti territoriali, con l'obiettivo di mostrare le diverse alternative percorribili. Il capitolo si chiude delineando alcune grandi criticità di cui tener conto nel processo di *change management* per lo sviluppo di nuovi e più completi assetti organizzativi territoriali.

This chapter intends to characterise one of the areas of autonomy that the Ministerial Decree 77 leaves to the regional and local levels, namely the association between certain functions of territorial assistance governance and the parts of the healthcare organisation. After outlining the four functions of governance of territorial assistance (clinical governance, operations management, service design and resource allocation) and the parts of the healthcare organisation assigned to the management and provision of territorial assistance (social-health district, departments, territorial settings and strategic top management), the chapter proposes a framework aimed at guiding the process of assigning the functions of governance of territorial assistance to the parts of the healthcare organisation in the various territorial contexts, showing different viable alternatives. The chapter closes outlining some major critical issues to be taken into account in the change management process for the allocation of the functions of governance of territorial assistance.

* Benché il capitolo sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, sono da attribuire a Federica Dalponte i paragrafi 10.1, 10.2, 10.3.1, 10.3.2, 10.3.3, 10.4, 10.5 e 10.7 e a Francesco Longo i paragrafi 10.3.4 e 10.6.



Complementari è meglio

10.1 Funzioni di governo e parti dell'azienda sanitaria intesa come burocrazia professionale

Se da un lato il DM 77 indica chiaramente gli standard strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale che le regioni sono tenute a implementare, dall'altro lascia ampia autonomia su molte altre aree di progettazione organizzativa e di programmazione dei servizi e delle risorse. Le singole realtà regionali e aziendali sono quindi chiamate non solo a declinare le indicazioni nazionali a livello locale da un punto di vista strutturale e di rispetto degli standard minimi previsti dal DM 77, ma anche a innovare e riformare da un punto di vista sostanziale il proprio sistema di assistenza territoriale.

Una delle aree di organizzazione su cui viene lasciato ampio spazio di autonomia riguarda l'associazione fra alcune funzioni e le parti dell'organizzazione generale dell'azienda sanitaria. Si fa qui riferimento al fatto che esse sono burocrazie professionali, come illustrato dai contributi di Mintzberg (1996), all'interno delle quali il nucleo operativo ha una rilevanza e un peso rispetto ad altre parti dell'azienda (vertice strategico, linea intermedia, tecnostrutture e staff di supporto). Il DM 77 interviene proprio sul nucleo operativo delle aziende sanitarie attraverso il suo arricchimento in termini sia di unità di offerta sia delle relazioni con il resto dell'azienda (si pensi alle COT). Nello specifico di questo contributo si riflette sul contributo offerto dalle unità di offerta che rafforzano il nucleo operativo delle ASL/ASST e nello specifico si fa riferimento alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità. Le altre parti dell'azienda sono rappresentate dalle Direzioni Aziendali, in quanto espressione del vertice strategico, dai Distretti sociosanitari e dai Dipartimenti in quanto livello intermedio dell'azienda sanitaria. Quanto alle funzioni, si intendono quelle di allocazione delle risorse, governo clinico, operation management e *service design*. Se in ambito ospedaliero l'attribuzione delle singole funzioni alle parti dell'azienda è più definita, tale processo resta ancora da farsi nell'ambito dell'assistenza territoriale, e il DM 77 lascia ampio spazio di azione alle autonomie locali in tal senso.

L'esistenza di tale spazio di autonomia è fisiologica, in quanto da un lato il PNRR alloca risorse per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, dall'altro il DM 77 standardizza l'offerta, configurandosi questi come due tensori, tra i quali è normale che le aziende si posizionino. Tale spazio di autonomia è non solo fisiologico ma anche auspicabile, dal momento che non è immaginabile che vi possa essere un'unica soluzione di attribuzione delle funzioni alle diverse parti dell'azienda percorribile in ogni contesto. Ciascun contesto territoriale è infatti diversamente caratterizzato in relazione alla cultura organizzativa e alle risorse istituzionali, economiche e di capitale sociale disponibili, nonché da fabbisogni di tutela della salute differenziati per condizioni sociali, economiche, demografiche e ambientali. Appare tuttavia necessaria la definizione e adozione di un framework di riferimento, che possa guidare questo processo di attribuzione

delle funzioni alle diverse parti dell'azienda, pur portando a soluzioni differenti a seconda dei contesti.

Il presente capitolo si pone quindi l'obiettivo di caratterizzare lo spazio di autonomia qui delineato e proporre alcune possibili opzioni di assetto organizzativo dei diversi contesti locali rispetto allo stesso, con l'obiettivo non tanto di fornire un orientamento di *policy* quanto di mostrare le diverse alternative percorribili.

10.2 Riferimenti teorici: l'assetto organizzativo e i sistemi operativi

Rispetto al tema oggetto del capitolo, appare utile fare brevemente riferimento ad alcuni concetti teorici, in particolare con riferimento agli assetti organizzativi e ai sistemi operativi. Ai fini di definire l'assetto organizzativo di un'azienda, è necessario progettare tre variabili organizzative: la struttura organizzativa di base (orientata ai modelli funzionali, divisionali ecc.) e delle singole unità organizzative, la distribuzione dell'autorità e i sistemi operativi.

La progettazione della struttura organizzativa di base si realizza nella decisione circa l'attivazione delle singole unità organizzative, i compiti da attribuire a ciascuna di esse e la struttura gerarchica (organigramma) che deriva dal loro collegamento. La progettazione della struttura organizzativa delle singole unità attiene invece alla definizione delle mansioni e responsabilità delle singole persone o dei micro-team interni.

La distribuzione dell'autorità è strettamente connessa alle scelte di struttura organizzativa e si attua attraverso le scelte di decentramento, ovvero di attribuzione delle decisioni alle unità organizzative, e di delega, ovvero di conferimento di un certo grado di libertà nelle scelte su oggetti di responsabilità definiti (Airoldi *et al.*, 2020).

L'assetto organizzativo non può tuttavia esaurirsi nella struttura organizzativa e nella distribuzione dell'autorità, ma necessita dei sistemi operativi affinché la struttura possa agire le funzioni a essa attribuite e perseguire le diverse finalità dell'organizzazione. Quanto più un'organizzazione è complessa, tanto più ha diverse finalità tra loro potenzialmente contraddittorie. In questo senso, le organizzazioni pubbliche sono particolarmente complesse, in quanto sono chiamate a perseguire congiuntamente finalità di efficienza, efficacia, economicità ed equità. In questi casi, è necessario che per ogni finalità vi sia un sistema operativo dedicato, affinché ognuna di esse sia adeguatamente veicolata e perseguita. Tuttavia, nell'assegnare a ogni finalità un sistema operativo dedicato, è bene tenere conto dell'esistenza di relazioni di interdipendenza tra diversi sistemi operativi e dell'esigenza di coerenza tra questi ultimi.

Da un punto di vista definitorio, per sistemi operativi si intende «sottosistemi di compiti, di modalità di loro svolgimento e di tecniche individuati con riferimento a funzioni (osservabili in termini di processi) tipicamente trasversali

o diffusi rispetto all'articolazione dei compiti e degli organi definiti dalla struttura organizzativa» (Airoldi, 1980). In particolare, i sistemi operativi possono essere così classificati (Airoldi, 1980):

- sistemi di determinazione degli obiettivi e di allocazione delle risorse (sistemi di pianificazione strategica e di programmazione e controllo);
- sistemi di gestione del personale (sistemi di ricerca, selezione e inserimento del personale, di valutazione dei risultati, di retribuzione, di carriera, di addestramento e formazione, di programmazione del personale);
- sistemi connessi ai processi decisionali (sistemi informativi, di decisione, di gestione dei conflitti).

Per un corretto funzionamento, ogni sistema operativo deve avere:

1. una metrica, intesa come l'insieme di indicatori volti a misurare e valutare il raggiungimento degli obiettivi;
2. degli incentivi, pensati per indirizzare verso il perseguimento della finalità a cui il sistema operativo è dedicato e contemperare le spinte opposte di altre finalità;
3. un rito aziendale, come per esempio una riunione periodica di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

Inoltre, la presenza di un'unità organizzativa dedicata a specifiche funzioni aziendali rappresenta la più forte forma di espressione sia del livello di concentrazione delle competenze, delle risorse e delle attività specialistiche al suo interno, sia il «luogo» su cui far convergere le attese e i bisogni espressi dalle altre strutture organizzative e persone che necessitano di risposte unitarie e di scala aziendale. Inoltre, avere staff di supporto o tecnostrutture dedicate a specifiche funzioni favorisce forme di standardizzazione a garanzia dell'unitarietà e il coordinamento dei processi aziendali.

10.3 Le quattro funzioni di governo dell'assistenza territoriale

Le funzioni da presidiare in sanità, nel governo dell'assistenza territoriale così come dell'assistenza ospedaliera, possono essere raggruppate in quattro macrofunzioni, ovvero:

1. governo clinico;
2. *operations management*;
3. *service design*;
4. allocazione delle risorse.

Se le prime tre fanno riferimento a funzioni di tipo manageriale, la quarta rappresenta invece una funzione di natura politico-istituzionale, in quanto attiene alla definizione di priorità in un contesto di gap tra risorse disponibili e bisogni.

10.3.1 La funzione di governo clinico

Il governo clinico «rappresenta quell'insieme di condizioni, cliniche e organizzative capaci di allineare i processi clinico-assistenziali agli obiettivi di qualità e sicurezza» (Baraghini *et al.*, 2006). In particolare, i principi generali del governo clinico possono essere ricondotti (Barbieri *et al.*, 2005; Baraghini *et al.*, 2006) a:

- condivisione multidisciplinare degli approcci all'assistenza più efficaci e appropriati;
- adozione di pratiche fondate sull'EBM;
- sviluppo di conoscenze e routine cliniche e organizzative basate sull'esperienza della pratica clinica all'interno delle strutture di assistenza per favorire l'omogeneizzazione delle scelte tra i professionisti;
- responsabilizzazione dei medici sulla performance complessiva del processo assistenziale;
- miglioramento e qualificazione dello sviluppo professionale.

La realizzazione di un sistema di governo clinico può dotarsi di una serie di strumenti, in particolare (Barbieri *et al.*, 2005):

- linee guida, ovvero raccomandazioni di comportamento clinico;
- indicatori di qualità, intesa come qualità clinica, manageriale e organizzativa dei processi di cura;
- PDTA, rappresentati dalla sequenza di azioni che i diversi professionisti coinvolti nella gestione di uno specifico problema di salute devono svolgere;
- audit clinico tra pari, come strumento di esame delle modalità di diagnosi e di terapia e dei loro relativi risultati;
- reporting su errori, volto a rilevare la tipologia e frequenza delle azioni errate svolte dai professionisti;
- carte di controllo, ovvero rappresentazioni grafiche dell'evoluzione temporale di un processo di cui monitorano l'andamento;
- budget, con definizione di obiettivi di attività e obiettivi quali-quantitativi;
- accesso condiviso alle informazioni (database di linee guida, cartelle cliniche elettroniche, database su dati di attività per patologia);
- formazione, su competenze e capacità cliniche e gestionali;

- *benchmarking* e *benchlearning*, inteso come confronto su procedure diagnostiche, chirurgiche, trattamento farmacologico, routine organizzative.

La metrica principale per il governo clinico si basa sulla verifica di quanti pazienti, omogenei per patologia, stadio e quadro di comorbidità, ricevano trattamenti simili e quanto questi siano coerenti ai PDTA definiti in azienda. Essa deve essere sviluppata specificatamente e usata internamente a ogni materia o disciplina medica. Nel caso della cronicità deve però essere valorizzata lungo l'intera filiera professionale: ospedalieri, specialisti convenzionati e MMG, per indirizzare i comportamenti, formare le competenze e confrontare i risultati.

10.3.2 La funzione di operations management

L'*operations management* è definito come l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'azienda (che trasformano gli input in output) mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto (Davies, Walley, 2000; Langanbeer, 2008). L'obiettivo dell'*operations management* è progettare e organizzare le attività aziendali e i processi, in modo tale che la produzione dell'output finale risulti efficiente, ossia senza sprechi di risorse, ed efficace, capace cioè di rispondere ai bisogni e alle attese dei clienti (Villa, 2012). Particolare enfasi viene posta sulla saturazione della capacità produttiva installata o disponibile, in modo da aumentare il volume di pazienti con gli input dati o di ridurre gli input fissi, dato il volume di pazienti.

L'*operations management* in sanità risponde a diverse esigenze, tra cui garantire l'equilibrio economico-finanziario e la sostenibilità nel medio-lungo periodo, migliorare l'efficienza nella gestione e nell'utilizzo degli asset produttivi aziendali, riorganizzare l'attività dei professionisti in modo coerente con i flussi dei pazienti e con la gestione delle attività sanitarie e garantire a ogni paziente un percorso fisico-logistico più possibile fluido e un'esperienza ad alto valore aggiunto (Fenech *et al.*, 2017).

Dal punto di vista dell'applicazione dell'*operations management* al settore sanitario, è possibile individuare almeno tre grandi aree (Bensa *et al.*, 2008):

- l'ottimizzazione delle aree produttive sanitarie, volta a massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive, ottimizzando allo stesso tempo i carichi di lavoro del personale;
- la logistica del paziente, con l'obiettivo di ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti all'interno delle strutture, passando dal concetto di «massima capacità produttiva» delle singole unità produttive all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva;

- il *supply chain management*, volto ad assicurare un efficiente, appropriato e tempestivo flusso di beni e servizi verso i processi di trasformazione.

Per quanto riguarda gli strumenti a supporto della funzione di *operations management*, si può ricorrere all'attivazione di cruscotti che monitorino i tassi di saturazione dei fattori produttivi e delle piattaforme installate e la loro variabilità infrasettimanale o nell'esercizio, la durata e variabilità dei processi. È altresì auspicabile l'utilizzo di strumenti che favoriscano il coordinamento e la specializzazione delle agende di lavoro all'interno e fra le strutture, oltre che la reingegnerizzazione dei processi produttivi.

La metrica principale dell'*operations management* è la saturazione dei fattori produttivi disponibili o installati, che in ambito territoriale può segnalare amplissimi margini di sottoutilizzo (spazi e tecnologie ambulatoriali in particolare, usati per non più del 30-40% della loro disponibilità) o sovraccarico operativo se si volesse raggiungere l'universalismo dei pazienti cronici (agende specialistiche, tempo degli MMG, disponibilità di psichiatri ecc.).

10.3.3 La funzione di service design

Il *service design* è descritto come un approccio *human-centered*, collaborativo, creativo e iterativo (Malmberg *et al.*, 2019). In particolare, il *service design* si basa sulla comprensione delle esperienze di fruizione degli utenti e sulla traduzione di questa comprensione in una progettazione di percorsi di fruizione dei servizi migliori per gli utenti, oltre che sul coinvolgimento attivo di questi ultimi nei processi di trasformazione dei servizi attraverso approcci di progettazione partecipativa (Patrício *et al.*, 2020).

Nello specifico, il *service design* prevede la progettazione degli elementi fisici e non fisici fondamentali di un sistema di servizi (tra cui l'ambiente in cui viene fruito il servizio, i processi e le procedure, la comunicazione), con l'obiettivo di migliorare le esperienze degli utenti (Anderson *et al.*, 2018).

In ambito sanitario, il *service design* è inteso come un modo per coinvolgere i pazienti e le loro prospettive nel processo di sviluppo dei servizi, affinché questi puntino a una migliore risposta ai bisogni di salute (Malmberg *et al.*, 2019). Questo si traduce in una pianificazione del *patient journey* che tenga costantemente conto del gradimento nella fruizione dei servizi da parte dei pazienti. Essi sono particolarmente sensibili all'unitarietà dei processi di fruizione (in un unico luogo e in un unico tempo, ricomponendo l'accesso alle diverse prestazioni), all'identificazione di un interlocutore unitario e quindi alla riduzione del numero di operatori a cui sono esposti, alla chiarezza dei messaggi ricevuti sulla propria salute e terapia e ai processi di *empowerment*, ovvero di autonomizzazione nella gestione delle proprie cure. Nel caso di pazienti fragili

e non autonomi (LTC, disabilità, minori, salute mentale) le logiche di *service design* si rivolgono alla coppia paziente-*caregiver*.

A proposito di strumenti a supporto della funzione di *service design*, è opportuno utilizzare strumenti che permettano di analizzare il tasso di gradimento dei servizi da parte dei pazienti, quali i PREMs e i PROMs, e condividere gli esiti fra il personale per migliorare i percorsi di fruizione.

La metrica principale del *service design* combina elementi valutativi soggettivi dei pazienti (PREMs e PROMs) con elementi oggettivi (frammentazione dei tempi e dei luoghi di accesso e del numero degli interlocutori professionali per i pazienti cronici). Queste metriche stentano oggi a diffondersi nel SSN proprio perché non è ancora organizzativamente definito chi ne sia il responsabile, sia in termini di sviluppo e utilizzo degli strumenti, sia in termini di *accountability* sui risultati raggiunti.

10.3.4 La funzione di allocazione delle risorse

Come detto in precedenza, la funzione di allocazione delle risorse è caratterizzata da un contenuto politico-istituzionale, in quanto attiene alla definizione delle priorità in un contesto di risorse scarse. Vi è infatti un gap tra risorse disponibili e bisogni di salute non allineabile allo stato attuale del SSN e destinato ad aumentare alla luce del declino demografico e dell'aumento della popolazione anziana, a fronte del quale il sistema è chiamato a definire delle priorità, che possono differire tra ASL ma anche tra Distretti a seconda dei diversi contesti epidemiologici e sociali.

Portando l'esempio dei setting territoriali delle cure primarie, Zazzera e Longo (2018) documentano che, in uno scenario di impossibilità di aumento della capacità di personale e di mantenimento dell'intensità assistenziale «standard», il sistema è in grado di prendere in carico circa la metà dei pazienti cronici.

Risulta pertanto evidente la necessità di definire delle priorità nell'erogazione dei servizi tramite l'allocazione delle risorse. In questo senso, possono venire in aiuto strumenti quali algoritmi che aiutino a identificare i bisogni della popolazione e a prioritizzare l'allocazione delle risorse.

Questa rilevante funzione di allocazione delle risorse può essere esercitata esclusivamente da ruoli manageriali (Direzione Generale o Direttori di Distretto), da organi politici (Assemblea dei Sindaci o Giunta Regionale) oppure in modalità ibrida, con una robusta preparazione e funzione di *policy advice* da parte dei ruoli manageriali e decisioni formalmente assunte da organi politici. La geografia del processo decisionale, più tecnica o politica, più regionale, aziendale o distrettuale, dipende dalle architetture istituzionali dei diversi contesti regionali, dalle culture decisionali e dalla stratificazione delle competenze disponibili. In ogni caso, la possibilità di influenzare queste scelte da parte dei ruoli manageriali è molto forte, detenendo in ogni caso il potere primario sui

dati, sulla loro analisi e rappresentazione e il vantaggio della prima mossa nelle elaborazioni delle proposte di allocazione.

10.4 Le parti dell'azienda adibite alla gestione ed erogazione di assistenza territoriale

All'interno del sistema sanitario, le parti dell'organizzazione adibite alla gestione ed erogazione di assistenza territoriale possono essere così identificate:

- distretto sociosanitario;
- dipartimenti;
- setting erogativi territoriali (CdC e OdC);
- vertice strategico, con funzione decisionale in capo alla Direzione Aziendale e funzione operativa in capo a tecnostrutture e staff di supporto.

Richiamando il modello di Mintzberg (1996) con riferimento alle parti che compongono un'organizzazione, la Direzione Aziendale – supportata da tecnostrutture e staff di supporto – rappresenta il vertice strategico, i Distretti e i Dipartimenti sono espressione della linea intermedia e i setting erogativi territoriali sono una rappresentazione del nucleo operativo.

Il Distretto sociosanitario, così come definito nel Decreto legislativo 229/1999, è una macro-articolazione organizzativa dell'Azienda sanitaria, che identifica una popolazione con bisogni di salute specifici per i quali organizzare servizi coerenti, definisce precise partizioni territoriali dell'ASL all'interno delle quali operano determinati portatori di interesse e spesso rappresenta anche un luogo fisico di erogazione che rende visibile l'offerta territoriale (Dalponte *et al.*, 2022).

Come da Decreto legislativo 229/1999, l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie. I Dipartimenti sono costituiti dall'aggregazione di unità operative omogenee, affini o complementari sia ospedaliere sia territoriali, in funzione del raggiungimento di obiettivi comuni, attraverso l'adozione di regole concordate di comportamenti clinico-assistenziali, didattici e di ricerca. I dipartimenti possono essere ospedalieri, territoriali o misti, a seconda della collocazione delle unità operative che li compongono. I Dipartimenti previsti dalla normativa sono il Dipartimento di Emergenza, il Dipartimento di Igiene e Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento materno-infantile, a cui si aggiungono quelli ospedalieri, diversamente definiti nei differenti assetti organizzativi locali (per materia o disciplina clinica, per funzione – es. diagnostica, per piattaforma erogativa ecc.). Per il management della cronicità e fragilità sono rilevanti oltre ai Dipartimenti territoriali tecnico-specialistici (Igiene e Prevenzione, Salute Mentale, materno-infantile, Cure Primarie), quelli ospedalieri a

orientamento medico (cardiologia, pneumologia, medicina interna, geriatria, riabilitazione ecc.) che affrontano il target delle patologie croniche con maggiore prevalenza.

I setting erogativi territoriali, quali le CdC e gli OdC, sono stati recentemente inquadrati nelle loro funzioni territoriali all'interno del DM 77. La CdC è il luogo fisico di accesso dei cittadini per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a valenza sanitaria, nonché il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. L'OdC è una struttura sanitaria di ricovero, afferente alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette.

Per quanto riguarda il vertice strategico, la Direzione strategica dell'Azienda è assicurata dal Direttore Generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda, coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e, in alcuni casi, dal Direttore Sociosanitario, dal Direttore delle Professioni Sanitarie, dal Direttore Scientifico. La tecnostuttura rappresenta le competenze funzionali all'elaborazione dei piani di attività, budget, programmi, procedure. Lo staff di supporto è formato dalle competenze che forniscono al vertice strategico, alla linea intermedia e al nucleo operativo un supporto esterno al flusso di lavoro.

10.5 Il framework per l'attribuzione delle funzioni di governo dell'assistenza territoriale alle parti dell'azienda

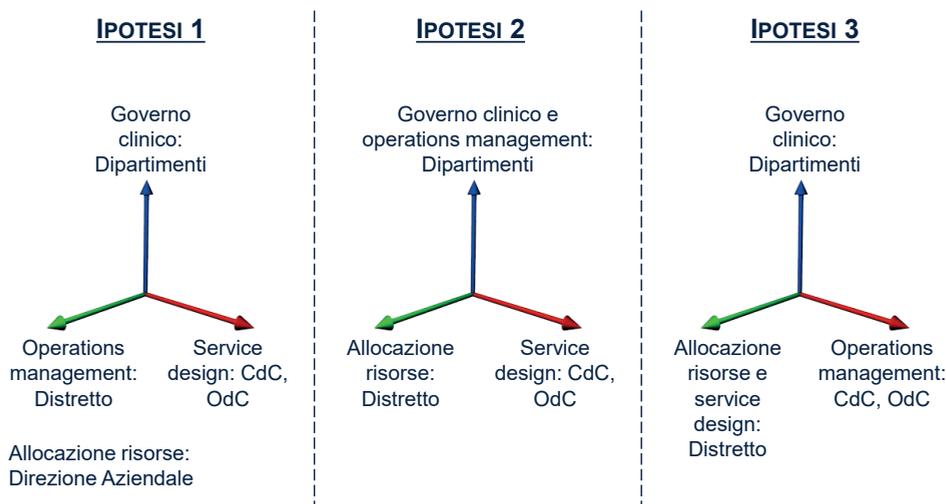
L'incrocio delle quattro funzioni di governo dell'assistenza territoriale con le quattro parti dell'azienda restituisce diverse possibili combinazioni. In particolare, la soluzione di attribuzione delle funzioni varierà a seconda delle scelte assunte dalle diverse Direzioni Aziendali in risposta alle specificità dei propri contesti territoriali. Il paragrafo che segue presenta tre possibili alternative di attribuzione delle funzioni e i conseguenti possibili ruoli assunti dalle parti dell'azienda, in modo da offrire un framework di analisi e progettazione degli assetti organizzativi che possa guidare tale processo di attribuzione nei diversi contesti territoriali.

10.5.1 Ipotesi di associazione fra funzioni di governo dell'assistenza territoriale e parti dell'azienda

Come mostrato in Figura 10.1, nella prima ipotesi proposta la funzione di governo clinico è assegnata ai Dipartimenti, quella di *operations management* al Distretto, quella di *service design* ai setting erogativi territoriali e quella di allocazione delle risorse alla Direzione Aziendale. I Dipartimenti sarebbero quindi incaricati, con riferimento alle unità operative a loro afferenti, della definizione di standard clinici tra professionisti, chiarendo ruoli e responsabilità cliniche e

facendosi promotori del *knowledge transfer*. Il Distretto avrebbe in carico il governo delle risorse, attivando logiche di *operations management* e ottimizzazione di tutti i processi produttivi interni al perimetro di riferimento del Distretto. I setting erogativi territoriali sarebbero chiamati, con riferimento ai servizi erogati da ognuno di essi, a occuparsi della gestione e del miglioramento dei percorsi di fruizione dei pazienti, beneficiando del contatto diretto con il paziente durante il suo percorso di fruizione dei servizi all'interno del setting stesso. L'allocazione delle risorse sarebbe invece in capo alla Direzione Aziendale, chiamata quindi alla definizione delle priorità con riferimento a tutta la popolazione afferente all'Azienda. Le priorità allocative, pur assunte centralmente dalla Direzione Aziendale, potrebbero differire tra i Distretti, in funzione delle loro specificità.

Figura 10.1 Tre ipotesi di associazione fra funzioni di governo dell'assistenza territoriale e parti dell'azienda



Nella seconda ipotesi, la funzione di allocazione delle risorse sarebbe «delegata» al Distretto. In questo caso, l'operazione di definizione delle priorità avverrebbe in un contesto più vicino alla popolazione di riferimento, tenendo conto delle specificità e dei bisogni di salute caratteristici della popolazione afferente a ogni Distretto. Questo assetto è coerente a contesti con Distretti molto ampi (oltre i 100.000 abitanti), organizzativamente infrastrutturati e con una governance locale robusta. La funzione di *operations management* passerebbe invece ai Dipartimenti, i quali, unitamente alla funzione di governo clinico, sarebbero chiamati all'ottimizzazione dei processi produttivi con riferimento alle unità operative a

loro afferenti. In questa ipotesi, la funzione di *service design* rimarrebbe in capo ai setting erogativi territoriali.

Nella terza ipotesi, la funzione di *operations management* passerebbe ai setting erogativi territoriali, ognuno chiamato in questo caso al governo delle risorse e all'ottimizzazione dei processi produttivi di propria competenza. La funzione di *service design* verrebbe quindi allocata al Distretto, che sarebbe chiamato a svolgere, congiuntamente alla funzione di allocazione delle risorse, la funzione di gestione e miglioramento dei percorsi di fruizione dei pazienti, sfruttando in questo caso una visione dei percorsi dei pazienti anche a cavallo tra setting diversi afferenti al Distretto. La funzione di governo clinico rimarrebbe infine in capo ai Dipartimenti.

Volutamente, i tre assetti organizzativi proposti sono molto distanti tra di loro in termini di ruolo e funzione di ogni parte dell'azienda, volendo proporre al decisore locale alternative robuste tra cui poter indirizzarsi, con tutte le soluzioni intermedie e ibride che si possono concettualizzare. Il pericolo maggiore è che una delle quattro funzioni principali (allocazione delle risorse, *operations management*, *service design*, governo clinico) non venga esplicitata o chiaramente assegnata ad alcuna unità organizzativa, sopprimendone di fatto l'esercizio, lasciando quindi inevasa una delle funzioni gestionali. Il pericolo minore è la duplicazione nell'assegnazione delle funzioni (es. *service design* assegnata contemporaneamente a Dipartimenti e Distretti), generando confusione o conflitto, che però può risolversi progressivamente nel tempo, con l'esito della competizione interna sui poteri gestionali.

10.5.2I diversi possibili ruoli delle parti dell'azienda nell'ambito dell'assistenza territoriale

A seconda delle diverse combinazioni tra funzioni di governo dell'assistenza territoriale e parti dell'azienda, scaturiscono diversi possibili ruoli di cui sono investite queste ultime.

Il Distretto vede più frequentemente mutare la propria funzione. Nella prima ipotesi, assumendo una funzione di *operations management*, si configura come un Distretto gestore di piattaforme e ottimizzatore dell'uso delle risorse. Nella seconda ipotesi, incaricato della funzione di allocazione delle risorse, è definito come Distretto della programmazione o committenza. Nella terza ipotesi, avendo funzioni sia di allocazione delle risorse sia di *service design*, si presenta come un Distretto della committenza e garanzia.

I Dipartimenti vedono assegnata in tutte le ipotesi la funzione di governo clinico, che infatti, secondo il Ministero della Salute, trova il proprio ambito privilegiato di contestualizzazione nel Dipartimento (Ministero della Salute, 2007). Nella seconda ipotesi, il Dipartimento vede assegnata, oltre alla funzione di governo clinico, anche quella di *operations management*, con la conseguente

necessità di sviluppare anche competenze e *capacity* (personale e strumenti dedicati) per il governo delle risorse e ottimizzazione dei processi produttivi.

I nuovi setting erogativi territoriali vedono in due ipotesi assegnata la funzione di *service design*, privilegiando la dimensione di vicinanza fisica al paziente durante il suo percorso di fruizione dei servizi, da cui deriva la responsabilità di analizzare il tasso di gradimento dei pazienti e migliorare di conseguenza i percorsi di fruizione. Il nome di «Casa della Comunità» invita a svolgere questa funzione con logiche di *co-design* insieme a pazienti e stakeholder. Nella terza ipotesi, i nuovi setting erogativi territoriali vedono invece assegnata la funzione di *operations management*, che li rende responsabili del governo delle risorse a disposizione e dell'ottimizzazione dei processi produttivi interni a ognuno di essi.

La Direzione Aziendale, infine, vede in un caso assegnata la funzione di allocazione delle risorse e conseguente definizione delle priorità, mentre nelle altre due ipotesi tale funzione è demandata al Distretto, privilegiando in questi casi un processo di definizione delle priorità che tenga più puntualmente conto delle caratteristiche ed esigenze specifiche della popolazione che afferisce a ogni Distretto. In ogni caso, alla Direzione Aziendale rimane il compito fondamentale di decidere quale dei tre assetti organizzativi scegliere e sviluppare progressivamente nel tempo.

10.6 *Change management*

Il processo di *change management* per lo sviluppo di nuovi e più completi assetti organizzativi territoriali dovrebbe cercare di tenere conto di tre grandi criticità, di norma presenti nella media delle ASL del SSN: a) la mancata assegnazione e attuazione delle quattro funzioni di gestione; b) l'assenza, per molte di queste funzioni, di professionisti con le competenze necessarie e con le agende di lavoro dedicate; c) l'assenza o limitata diffusione degli strumenti di analisi, progettazione e gestione *ad hoc* necessari per l'esercizio di queste funzioni.

- a. In nessuna realtà aziendale sono state a oggi chiaramente enucleate, assegnate e agite le quattro funzioni di gestione fondamentali (allocazione delle risorse, governo clinico, *operations management*, *service design*). In molte realtà ci si è limitati a gestire l'allocazione delle risorse (spesso con criteri decisionali impliciti) e parzialmente il governo clinico, anche se frequentemente scisso tra professionisti ospedalieri e territoriali. Occorre essere consapevoli che enucleare, assegnare e sviluppare alcune funzioni gestionali o di governo che non sono mai state agite, per le quali non esistono tradizioni, competenze e strumenti, rappresenta un processo di innovazione lungo e complesso. Il dubbio che può emergere nel disegno del processo di cambiamento è se attivare contemporanea-

- mente tutte le funzioni nuove, storicamente non agite in azienda, oppure se attivarle progressivamente nel tempo, con un piano pluriennale di accumulazione di competenze e strumenti. Chi scrive è più favorevole alla prima ipotesi, perché la presenza di ogni funzione, permette alle altre di essere più nitide e sostenute nel raggiungimento delle proprie finalità, ma in contesti istituzionalmente deboli può essere anche ragionevole il percorso di attivazione progressiva delle funzioni innovative. Riteniamo invece decisivo concettualizzare i diversi passaggi logici necessari nella gestione del cambiamento: definizione ed enucleazione delle diverse funzioni di governo necessarie e delle parti dell'azienda disponibili (attraverso formazione, allineamento cognitivo, preparazione per il cambiamento), assegnazione formale di ruoli e funzioni (atto aziendale, organigramma, contenuto di responsabilità nei contratti di lavoro dei direttori o coordinatori), sviluppo di competenze dei responsabili (*study tour*, *benchlearning* con altre aziende, formazione tecnica specifica) e sviluppo di strumenti operativi per la funzione. Ognuno di questi passaggi ha un suo tempo di incubazione, progettazione, diffusione cognitiva, realizzazione.
- b. Al presente, per molte di queste funzioni non sono disponibili professionisti con le competenze necessarie (governo clinico di filiere professionali, *service design*, *operations management*) e con le agende di lavoro dedicate all'esercizio di queste funzioni. Siamo collettivamente consapevoli che aspettare personale nuovo, aggiuntivo, giovane, già competente, in arrivo dall'università che improvvisamente forma competenze che essa stessa non conosce o riconosce come necessarie in sanità, è poco più che velleitario. Si tratta, all'opposto, di riconoscere che molte di queste competenze sono già disponibili in azienda, seppur in luoghi organizzativi accentrati e spesso in posizioni di staff. Nelle Direzioni di presidio, nel controllo di gestione, negli staff delle Direzioni Generali, nelle farmacie, nell'ICT ecc., esistono in modo disperso e randomico professioni con competenze di allocazione di risorse, *service design*, *operations management*, governo clinico. Sono spesso pochi, collocati al centro dell'azienda e in funzioni di staff. Abbiamo bisogno di molti professionisti capaci di esercitare queste funzioni, in modo decentrato e nelle linee aziendali. Si tratta di valorizzare i primi per formare, supportare e consigliare i secondi. Per il management aziendale è un momento molto generativo di selezione dei primi già dotati di qualche competenza e dei secondi da selezionare in base al loro potenziale, tipico delle fasi di sviluppo e innovazione organizzativa.
- c. Come detto, le funzioni di governo clinico, allocazione delle risorse, *operations management* e *service design* richiedono strumenti di analisi, progettazione e gestione *ad hoc* oggi non ancora presenti o non ancora regolarmente e diffusamente utilizzati. Questo non è un vincolo o un limite, ma un normale e fisiologico processo di innovazione aziendale. Le competenze si sviluppano insieme alla implementazione e maturazione degli strumenti di gestione correlati, così come gli assetti organizzativi deliberati sulla carta, diventano realtà aziendale

quando progressivamente si stratificano competenze e strumenti. Si tratta di sostenere consapevolmente il processo di accumulazione di competenze con un orizzonte temporale realistico e coerente.

10.7 Conclusioni

Il presente capitolo si è posto l'obiettivo di offrire un framework di riferimento per guidare il processo di attribuzione delle funzioni di governo dell'assistenza territoriale alle diverse parti dell'azienda, usando gli archetipi organizzativi formulati da Mintzberg per il quale le aziende sanitarie sono burocrazie professionali. Si è quindi discusso delle diverse funzioni che le parti dell'azienda sanitaria possono interpretare alla luce delle innovazioni sull'offerta dell'assistenza sanitaria promosse dal PNRR e dal DM 77. La gestione delle patologie croniche, come discusso nei contributi precedenti, rappresenta il grande tensore del cambiamento che già in passato ha promosso la riorganizzazione dell'offerta sanitaria. La riflessione sulle funzioni propone un quadro di riferimento per conciliare le trasformazioni e i modelli di offerta che regione per regione si sono sviluppati con il quadro dei cambiamenti che su scala nazionale si stanno profilando.

Dal momento che le configurazioni possibili non sono univoche, cosa determina le scelte di attribuzione? Questa domanda può trovare una risposta contingente: dove sono le competenze che almeno potenzialmente possono interpretare ciascuna delle funzioni, quella è la parte dell'azienda che le può interpretare. Ogni funzione è infatti caratterizzata da specifici strumenti di supporto che richiedono competenze distintive e *capacity* adeguata (persone e strumenti dedicati) per utilizzarli. Capire chi possiede o possa sviluppare le competenze e le informazioni necessarie a utilizzare questi strumenti può aiutare ad allocare le funzioni e le responsabilità fra i diversi attori.

Richiamando i riferimenti teorici riportati in apertura, tale processo di attribuzione non deve fermarsi all'assegnazione delle responsabilità alle singole parti dell'azienda, che devono invece dotarsi di un sistema operativo dedicato a perseguire la funzione a esse assegnata. Tra le componenti del sistema operativo sarà necessario dotarsi di metriche di risultato, ovvero indicatori volti a misurare e valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati, di incentivi, che spingano ogni parte dell'azienda a perseguire la funzione a essa assegnata, e di riti, ovvero momenti istituzionalizzati e periodici di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

Le burocrazie professionali si caratterizzano per l'ampiezza del nucleo operativo e per la concentrazione della linea intermedia. In questa fase storica si osserva una enfattizzazione di queste caratteristiche: il nucleo operativo risulta più ricco di strutture di offerta, più integrato tra le sue parti (le CdC sono in rete, le COT collegano le filiere territoriali con quelle ospedaliere ecc.) e più orientato al soddisfacimento di una domanda di servizi relativa a popolazioni

riconducili ai Distretti: ciò inevitabilmente aumenta il fabbisogno di competenze e strumenti gestionali. Esso in prima battuta si «scarica» sulla linea intermedia (Dipartimenti e Distretti) e in seconda battuta sulle tecnostutture o staff di supporto che in modo consulenziale sostengono i processi decisionali e operativi. Nelle ipotesi discusse si profila lo spazio per un rafforzamento inevitabile di tali parti d'azienda, poiché i vincoli sul personale e sulle risorse richiedono la definizione di modelli operativi chiari, condivisi e su scala aziendale.

Infine, si sottolinea che alcune scelte allocative dovranno rispondere alla subottimalità delle risorse rispetto alla domanda. Si tratta di questioni che in parte potranno essere risolte con la costruzione di logiche e modelli unitari dei processi erogativi (si rimanda al Capitolo 14 su *operations management*), ma in parte si scontra con una rivalutazione delle opportunità di risposta al bisogno che coinvolge le competenze cliniche e assistenziali. Come è pensabile la gestione di tali situazioni al di fuori dei processi relazionali tra il paziente e gli operatori sanitari?

11. Governance degli stakeholder locali

di *Michela Bobini e Francesco Longo*

Gli assetti istituzionali dei servizi territoriali sono oggi chiamati a contemperare interessi profondamente in contrasto tra di loro, esasperati dai processi di ridefinizione delle priorità e di gestione dell'innovazione, che non possono che esacerbare la dialettica tra i diversi stakeholder. Il mancato allineamento o convergenza sulle priorità mette strutturalmente sotto pressione gli assetti istituzionali, indebolendo la legittimità stessa dell'organizzazione. Pertanto, è necessario un «patto istituzionale» chiaro tra regione, azienda sanitaria ed enti locali, al fine di legittimare una cornice istituzionale che dovrà reggere a stress molto forti e destinati a durare a lungo, se non ad aumentare nel medio-lungo periodo. Il presente capitolo intende mettere a fuoco: i) quali stakeholder locali è rilevante coinvolgere, ii) a quale livello, e iii) in quale fase dell'implementazione.

The institutional arrangements of the territorial services are today called upon to reconcile deeply conflicting interests, exacerbated by the processes of redefining priorities and managing innovation, which exacerbates the dialectic between the various stakeholders. Failure to align or converge on priorities structurally puts institutional arrangements under pressure, weakening the very legitimacy of the organization. Therefore, a clear 'institutional agreement' is needed between the region, the local health authority (ASL) and the local municipalities in the area, to legitimize an institutional framework that will have to withstand very strong stresses, destined to last a long time if not increase in the medium to long term. This chapter aims to focus on i) which local stakeholders it is relevant to involve, ii) at what level and iii) at what stage of implementation.



Aggiungi un posto a tavola

11.1 Assetti istituzionali e organizzativi dei servizi territoriali

L'assetto istituzionale è costituito dall'insieme degli organi e delle regole che permettono il contemperamento degli interessi (spesso anche molto divergenti) degli stakeholder di ciascun istituto. Nel caso di un'impresa, si tratta degli interessi espressi dai lavoratori, dall'imprenditore, dai finanziatori, dal management, dai fornitori, dalla comunità di riferimento. Nel caso di aziende pubbliche che operano nel perimetro del SSN, si tratta degli interessi espressi dalla comunità, dai pazienti, dai professionisti nelle loro varie forme di rappresentanza, dalla politica locale, regionale e nazionale.

L'assetto organizzativo afferisce invece alla ripartizione del lavoro all'interno dell'azienda, frutto dell'interazione tra struttura, cultura e sistemi operativi. Come evidenziato dal Capitolo 10, le strutture organizzative del sistema sanitario adibite alla gestione ed erogazione di assistenza territoriale possono essere identificate nel Distretto sociosanitario (così come indicato nel D.lgs. 229/1999), nei Dipartimenti Specialistici Territoriali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento materno-infantile, Dipartimento di neuropsichiatria infantile ecc., a seconda dei diversi assetti organizzativi locali) e nei setting erogativi di cure intermedie quali le CdC e l'OdC, recentemente inquadrati nelle loro funzioni territoriali all'interno del DM 77.

Ciò che rende complessa la progettazione della governance nelle aziende sanitarie, in generale, e quella territoriale, in particolare, è la compenetrazione fisiologica tra assetti istituzionali e assetti organizzativi, in quanto quest'ultimi hanno anche: i) una finalità segnaletica di *policy* (es. esiste o non esiste il dipartimento delle dipendenze separato da quello della salute mentale); ii) un ruolo nel contemperamento degli interessi tra gli stakeholder, in quanto le scelte di progettazione organizzativa contribuiscono a definire l'influenza degli stakeholder nei processi decisionali, anche attraverso gli organi delle strutture organizzative (es. comitato di dipartimento o di distretto). Pertanto, coerentemente con la natura dell'azienda pubblica, gli assetti organizzativi compenetrano la definizione degli assetti istituzionali, essendo molteplici i luoghi infra-aziendali in cui si contemperano gli interessi.

Ovviamente, l'effettiva possibilità di attuare efficacemente un modello di governance dipende dalla capacità del sistema di disegnare e implementare assetti istituzionali e modelli organizzativi coerenti e bilanciati, ma anche dalla disponibilità diffusa di sistemi operativi (es. sistemi informativi e di gestione), dalla diffusione delle competenze di management di strutture organizzative e dal livello di conoscenze e di *civil engagement* della comunità di riferimento.

Per disegnare un assetto istituzionale efficace per i servizi territoriali, è utile partire dalla definizione delle principali finalità e obiettivi che esso deve condurre in questa fase evolutiva del SSN. Due appaiono gli obiettivi principali:

a) definire le priorità di *policy* sanitaria nei servizi territoriali, a fronte del contingentamento delle risorse pubbliche per il SSN e la crescita esponenziale dei bisogni, sapendo che le priorità possono divergere significativamente tra territori e tra distretti; b) impostare e gestire profondi processi di innovazione e cambiamento. Sia la definizione delle priorità sia la gestione di profonde innovazioni mettono sotto tensione il processo di contemperamento degli interessi divergenti degli stakeholder. Scegliere le priorità significa escludere o minimizzare la tutela di alcuni interessi, cari a una parte degli stakeholder. Innovare determina la riallocazione di risorse a favore di alcuni interessi e a sfavore di quelli di altri stakeholder. Approfondiamo questi due aspetti.

11.1.1 La definizione di priorità

La teoria degli stakeholder (Freeman, 2010) nasce nel settore privato e afferma che le organizzazioni sono costituite da un insieme di parti diverse, ciascuna con i propri obiettivi e finalità. Anche se gli obiettivi di alcune parti possono essere in competizione con quelli di altre, ognuna di esse ha interesse a che l'organizzazione abbia successo. La chiave del successo dell'organizzazione dipende dall'unione di questi obiettivi e parti disparate per creare il massimo beneficio per tutte le parti coinvolte. Un coinvolgimento degli stakeholder efficace e strategicamente allineato può:

- condurre a uno sviluppo sociale più equo e sostenibile dando a chi ha il diritto di essere ascoltato l'opportunità di essere coinvolto nei processi decisionali;
- permettere una migliore gestione del rischio e accrescere la reputazione; tenere conto dell'insieme delle risorse (conoscenza, persone, disponibilità economica e tecnologica) per risolvere problemi e raggiungere obiettivi che non possono essere perseguiti dalle singole organizzazioni;
- permettere la comprensione in profondità dell'ambiente in cui opera l'impresa, compresi gli sviluppi del mercato e l'identificazione di nuove opportunità strategiche;
- consentire alle organizzazioni di imparare dagli stakeholder, ottenendo risultati nei prodotti e miglioramenti nei processi;
- informare, educare e influenzare i portatori di interessi e l'ambiente esterno perché migliorino i loro processi decisionali e le azioni che hanno un impatto sull'organizzazione e sulla società; costruire la fiducia tra un'impresa e i suoi stakeholder.

Il mancato allineamento o convergenza sulle priorità mette strutturalmente sotto pressione gli assetti istituzionali, indebolendo la legittimità stessa dell'organizzazione. In un sistema in cui la politica ha bassi livelli di rappresentatività

e grande frammentazione, l'azienda diviene lo strumento per intercettare un numero più ampio di portatori di interesse di quelli che sostengono il livello politico. Questo fa sì che, più che con gli assetti istituzionali, è attraverso le scelte e i modelli erogativi che si costruiscono priorità (in modo silenzioso).

11.1.2 La gestione dell'innovazione

Alcuni dei pilastri della letteratura, in tema di innovazione, sono sicuramente i lavori di Everett Rogers (1995, 2003), il quale, 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. 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. 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.*, 2017). 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, 2018). A questo proposito, negli ultimi anni, il *service re-design* 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, 2017; Sangiorgi, 2011; Yu e 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 (Sangiorgi, 2011; Malmberg, 2017).

Gli assetti istituzionali dei servizi territoriali sono pertanto oggi chiamati a contemperare interessi profondamente in contrasto tra di loro, esasperati dai processi di ridefinizione delle priorità e di gestione dell'innovazione, che non

possono che esacerbare la dialettica tra i diversi stakeholder. Pertanto, è necessario un «patto istituzionale» chiaro tra regione, ASL ed Enti locali/Comuni del territorio, al fine di legittimare una cornice istituzionale che dovrà reggere stress molto forti, destinati a durare a lungo se non ad aumentare nel medio-lungo periodo. Nel patto è opportuno esplicitare gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa, il gap crescente tra risorse e bisogni e la necessità di definire priorità ed esclusioni. L'assetto istituzionale deve essere definito e concettualizzato come la cornice che servirà a mitigare e temperare il conflitto tra stakeholder locali, che sarà forte e fisiologico. Ogni qualvolta il conflitto tra gli stakeholder locali risalterà all'attenzione nei singoli contesti, l'assetto istituzionale patteggiato dovrà essere difeso come lo strumento voluto e condiviso per gestire il conflitto stesso e non come la causa del conflitto, che deve quindi essere rimosso o modificato.

In questo contesto, il presente capitolo intende approfondire la governance degli stakeholder locali, ovvero dei soggetti esterni portatori di interessi, le competenze e i metodi che possono facilitare e supportare il cambiamento, con una logica di corresponsabilità sui risultati attesi. In particolare, il capitolo intende mettere a fuoco quali stakeholder locali è rilevante coinvolgere, a quale livello e in quale fase dell'implementazione.

11.2 La governance del Distretto e della Casa di Comunità

Esistono due livelli sovraordinati alla CdC, uno istituzionale e l'altro organizzativo, oltre al livello regionale che gioca un ruolo di *policy* nella definizione delle linee di indirizzo dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, che ne definiscono le funzioni, gli assetti, le risorse, creando le condizioni all'interno delle quali possa generarsi efficacemente l'espressione della comunità e la sua interazione con i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

Un primo livello è rappresentato dalla Conferenza dei Sindaci, dall'Azienda Sanitaria con funzioni di indirizzo e governo, la cui rilevanza nell'esercizio di prerogative di governo dipende sia dall'assetto legislativo regionale, ma anche dalle tradizioni storiche in termini di interessi e competenze degli enti locali in materia sanitaria, forti in alcune regioni, medi o assenti in altre.

Un secondo livello è rappresentato dal distretto, che in media nazionale comprende ed è responsabile di un territorio di 110.000 abitanti. A tal proposito, ricordiamo che nel SSN esistono 120 ASL con una media di 500.000 residenti – quindi con delle dimensioni che devono essere opportunamente suddivise in ambiti zionali/distrettuali/sociali per poter permettere un effettivo lavoro di comunità e di coinvolgimento degli stakeholder locali – che richiede territori limitati e identificabili spazialmente e quantitativamente, nel rispetto delle diversità geografiche, storiche, economiche e sociali. In accordo con il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021/2023, il lato sanitario deve operare in stretto

raccordo con il lato sociale, ed è infatti chiamato a contribuire al Piano e a condividerne le priorità, nella misura in cui vengono toccati punti di competenza sociosanitaria. In questo panorama storico, appare quanto mai necessario che si dia luogo a una fattiva e regolata collaborazione tra sistema sociale e sistema sanitario attraverso l'azione coerente di una comunità di cura larga e operosa, affinché si riesca, in modo efficace, a gestire le situazioni di disagio acuto e anche i rischi psicosociali connessi alla circolazione incontrollata di sentimenti di frustrazione e rancore delle persone in difficoltà. Ciò può realizzarsi a condizione che si dia effettivamente corso a una più efficiente ed efficace organizzazione da realizzarsi mediante strumenti praticabili e rispettosi delle specificità di ciascuna professionalità coinvolta, capaci di collegare e di coordinare l'operato dei servizi sociosanitari territoriali in cui le competenze/autonomie professionali si integrano con quelle dei team presenti nei vari servizi sociali del territorio. Sono vari gli ambiti nei quali deve continuare e rafforzarsi la collaborazione: in primo luogo nella presa in carico, con PUA e valutazione multidimensionale dei bisogni ad opera di équipe multidisciplinari per delineare uno scenario fondamentale di collaborazione; in secondo luogo, nei temi della residenzialità e della domiciliarità, dei servizi per gli anziani malati non autosufficienti e per il disagio mentale; inoltre, in tutti gli ambiti connessi agli interventi e ai servizi per i minori e le famiglie in condizioni di disagio, rispetto ai quali, anche all'interno di percorsi di sostegno alla genitorialità, la possibilità di poter contare su competenze professionali in grado di concorrere alla corretta valutazione della genitorialità è essenziale per la qualità dello sviluppo dei progetti personalizzati di intervento e per la effettiva capacità di prevenzione e di contrasto ai fenomeni di violenza familiare, di abuso e di maltrattamento. Tutto questo richiede una programmazione coordinata a livello centrale e fortemente integrata a livello territoriale; la programmazione regionale e quella di ambito dovranno, in particolare, garantire un approccio integrato, capace di offrire le opportune risposte al cittadino senza che esso venga rinviato a competenze di altri enti e livelli istituzionali. Anche per questo il potenziamento dei PUA è posto fra le azioni prioritarie di potenziamento tanto sul lato sociale quanto sul lato sanitario. Recentemente, quasi in tutte le regioni, si è raggiunta una perfetta sovrapposizione geografica dei distretti sociosanitari con gli ambiti sociali di coordinamento dei servizi di welfare dei Comuni sostenuti anche dalle risorse del piano di zona. Questa coincidenza geografica rafforza potenzialmente l'interesse e la competenza degli enti locali in ambito sanitario, in particolare territoriale e sociosanitario.

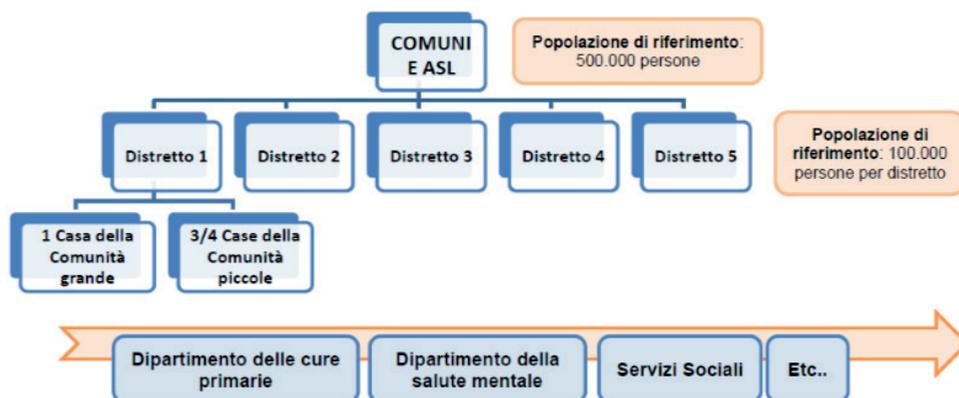
Ogni distretto di 110.000 abitanti potrebbe realisticamente avere al proprio interno da due a quattro CdC, delle quali una/due hub, più grandi e ricche di prestazioni anche specialistiche, afferenti ai Comuni più popolosi del distretto, e due/tre CdC più piccole nei territori decentrati. In capo a ogni distretto sociosanitario opera la conferenza dei sindaci del territorio, che ha compiti di

indirizzo e controllo, ma che rappresenta anche la migliore garanzia di coordinare le attività sanitarie e socioassistenziali del distretto con quelle socioassistenziali degli enti locali. Le CdC, proprio per essere piena espressione dei singoli territori, hanno dimensioni diverse tra di loro (grandi, piccole, medie) in base agli obiettivi specifici che perseguono e, quindi, funzioni di servizio differenti tra di loro, laddove paragonabili devono rimanere i meccanismi di ingaggio ed espressione della comunità e il lavoro di valorizzazione e integrazione con le reti.

11.3 Ruoli e funzioni complementari tra distretto e Casa della Comunità

Affinché la missione e il correlato assetto istituzionale della CdC sia ben identificato, è utile leggere le sue funzioni in modo complementare a quelle del distretto sociosanitario, che definisce strategicamente gli obiettivi di salute della CdC in linea con la programmazione aziendale e con l'analisi dei bisogni locali (Figura 11.1).

Figura 11.1 Organigramma ideal tipico dei Distretti e CdC nella realtà media del SSN



Il distretto sociosanitario rappresenta la dimensione organizzativa in cui:

- si integrano le risorse sanitarie con quelle socioassistenziali e socioassistenziali (*pooling* delle risorse) partendo dal profilo di comunità integrato dove si enucleano risorse e bisogni;
- si definisce la programmazione sociosanitaria e socioassistenziale integrata grazie alla concertazione tra i rappresentanti degli EELL e il direttore del distretto, sentiti gli stakeholder rilevanti del territorio, compresa la CdC;

- si allocano le risorse umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie alle CdC;
- si definiscono gli obiettivi di attività, target di utenza e outcome attesi dai servizi delle CdC.

All'interno della programmazione del distretto la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare le caratteristiche dei servizi (*service design*) in funzione delle competenze, della *literacy* e delle attitudini dei pazienti e della comunità;
- è il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni dei pazienti e della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili o amministrativi;
- è il luogo di integrazione delle risorse informali e formali della comunità che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari e sociali e di altre istituzioni pubbliche come l'ambito socioeducativo, culturale o sportivo;
- è il luogo dove si ricompono il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle antenne e dalle reti sociali anche per azioni di reclutamento proattivo di pazienti o soggetti a rischio target.

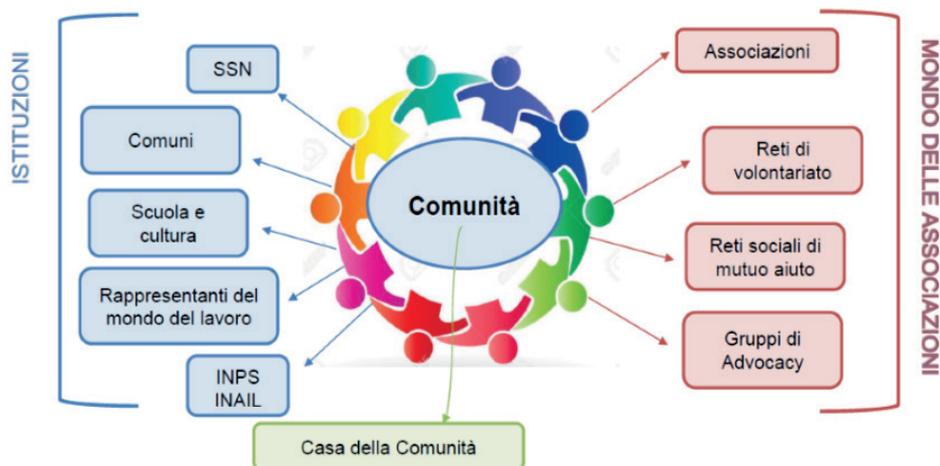
In sintesi, il distretto è il livello organizzativo dove si svolge il *pooling* delle risorse pubbliche, si programmano i servizi, si allocano le risorse e si definiscono gli obiettivi attesi da ogni nodo della rete territoriale. Queste funzioni possono coinvolgere tutti i rappresentanti degli attori pubblici che concorrono al *pooling* delle risorse, ovvero enti locali e aziende del SSN ed eventualmente istituzioni come la scuola, l'ambito socioeducativo o sportivo, se a loro volta sono portatori di contributi stabili e significativi. Si tratta di una funzione di programmazione che deve essere esercitata formalmente da rappresentanti delle istituzioni pubbliche, ovvero DG della ASL, o il direttore di distretto a ciò delegato, e i sindaci dei comuni del distretto o loro delegati, ovvero gli assessori ai servizi sociali. Nel processo decisionale del distretto possono essere coinvolti o ascoltati attori del terzo settore, professionale e di volontariato e rappresentanti dei pazienti, in una logica di ascolto e di dialogo con gli stakeholder.

All'opposto, la CdC non si occupa di allocazione delle risorse, definizione di priorità o programmazione di obiettivi, già definiti dal distretto sociosanitario. La CdC è responsabile del *service design*, dell'integrazione dei servizi, del coinvolgimento attivo della comunità sia per promuovere forme di consumo aggregato e non individuale, sia per il co-design dei servizi, in particolare con i rappresentanti dei pazienti, sia per valorizzare le reti di comunità (es. volontariato). Le risorse sono date, così come gli obiettivi di servizi e di salute e inclusione sociale: la CdC gestisce i processi operativi, di caratterizzazione locale dei servizi, di integrazione con le risorse della comunità. I pazienti, i rappresentanti dei pazienti, i rappresentanti della comunità sono coinvolti in funzioni di co-production e co-design e di integrazione tra servizi formali e reti sociali informali. In altri termini, la CdC non è un dispositivo di allocazione di risorse o definizione delle priorità, ma un luogo di erogazione concertata, di service co-design, di co-produzione, di integrazione e di valorizzazione delle reti sociali della comunità. Per questa funzione diventano protagonisti gli operatori interistituzionali (ASL e Comuni) e multidisciplinari, i pazienti e la comunità, mentre rimane sullo sfondo la rappresentanza politico-istituzionale, che si esprime con gli indirizzi del distretto.

11.4 Gli stakeholder della Casa di Comunità e la sua governance

Il DM 77 definisce la CdC come il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

La CdC si articola, valorizza e integra diversi gruppi di stakeholder (Figura 11.2): i) i professionisti che lavorano all'interno o per la CdC; ii) i pazienti, i loro *caregiver* e le loro forme di rappresentanza e associazione; iii) la comunità, che può essere espressa attraverso la rete delle sue associazioni, volontariato, gruppi formali o informali di mutuo-auto aiuto. La CdC, in quanto modello erogativo eterogeneo per target, per setting e per canali di erogazioni promuove la convergenza di interessi diversi tra portatori di interessi diversi. Pertanto, la CdC, soprattutto nella versione «di comunità», svolge il ruolo di modello erogativo che contribuisce al contemperamento degli interessi.

Figura 11.2 Gli stakeholder della Casa di Comunità e la sua governance

I professionisti rilevanti per la CdC possono avere tre collocazioni organizzative distinte: persone che lavorano in modo stabile e residente presso la CdC (es. IFoC); professionisti itineranti che talvolta lavorano presso la CdC, ma anche in altri setting (es. MMG o Sumaisti); equipe fisicamente esterne alla CdC ma interdipendenti e coordinate in modo qualificato con la CdC (es. OdC collocato in un altro setting, farmacie, utilizzo della telemedicina ecc.)

I pazienti vanno considerati insieme ai loro *caregiver* familiari, amicali o professionali (es. badanti), perché spesso l'interlocutore della CdC è proprio il *caregiver* da solo o insieme al paziente, soprattutto in casi di fragilità, di difficoltà a sostenere la propria condizione patologica o di *literacy* medica modesta. I pazienti vanno osservati come singoli fruitori di servizi, ma anche come gruppi di persone che in modo aggregato accedono a servizi (es. gruppi di educazione sanitaria o di sostegno all'aderenza). I pazienti vanno considerati come soggetti attivi nella progettazione dei servizi, affinché questi risultino più efficaci ed efficienti, grazie al processo di coprogettazione, che determina *empowerment* dei pazienti, consapevolezza sulle risorse disponibili e i vincoli imposti dalle patologie e dalle conoscenze scientifiche disponibili, oltre ai vincoli istituzionali. L'obiettivo è determinare maggiore coerenza tra caratteristiche dei servizi locali e cultura dei fruitori locali.

La comunità direttamente ingaggiabile può essere vista come l'insieme delle reti sociali formali e informali disponibili. Essa può essere rappresentata dai leader delle diverse reti (o loro delegati) o da leader civici locali, collettivamente riconosciuti. Il lavoro con la comunità è utile per i processi di educazione

sanitaria, di reclutamento proattivo, di sostegno all'aderenza alle terapie, di supporto alla fruizione, ma soprattutto per offrire e integrare con i servizi processi di ricomposizione e inclusione sociale.

La presenza di queste tre tipologie principali di stakeholder ci permette di riflettere sulla governance della CdC, che può mischiare elementi di disegno istituzionale formalizzato, con soluzioni di natura organizzativa, ma può realizzarsi anche con solo o prevalenti meccanismi relazionali o organizzativi informali ed emergenti.

11.4.1 Il coordinamento generale della CdC

Può essere individuato un meccanismo generale di coordinamento della CdC a supporto del responsabile della CdC, a cui spettano formalmente le decisioni, in accordo con il direttore di distretto. Un team, un gruppo di lavoro, un *board*, un comitato (a seconda del grado di formalizzazione e cogenza che si preferisce) di coordinamento della CdC, potrebbe essere indicativamente composto da 5 membri: il responsabile della Casa, un rappresentante della comunità o delle reti sociali ingaggiate, un rappresentante delle professioni sanitarie, un rappresentante dei servizi sociali degli EEL, un rappresentante delle eventuali istituzioni cooperanti (es. farmacie, scuola, biblioteca, associazioni sportive ecc.). La scelta di questi profili dovrebbe essere espressione del lavoro di comunità, dove i singoli stakeholder segnalano un proprio possibile rappresentante in una logica di cooptazione concertata da parte del coordinatore della CdC.

11.4.2 Il coordinamento professionale

Il coordinamento professionale deve essere svolto entro dei contenitori tecnico-professionali, dove si dispiegano e organizzano le specifiche competenze disciplinari, affinché si applichino sempre le migliori evidenze scientifiche, sia in ambito sociale, sia in quello assistenziale e in quello sanitario, permettendo a tutti gli operatori di essere costantemente aggiornati, di integrarsi tra di loro, raffinando progressivamente le logiche di coordinamento operativo.

Il coordinamento professionale ha due nature: mono disciplinare e interdisciplinare. Il coordinamento mono disciplinare per tribù professionali omogenee non è opportuno che avvenga a livello di CdC, non essendoci le necessarie economie di scala, contaminazioni e processi di *peer audit* sufficientemente estesi. Il coordinamento mono professionale deve svolgersi in contenitori tecnico professionali a valenza dipartimentale, aziendale o almeno distrettuale, se questi ultimi sono ampi. A livello di CdC dovrebbe essere auspicabile solo il meccanismo di coordinamento professionale di II livello basato su logiche multidisciplinari integrate, efficaci nel coordinamento tecnico-professionale delle

diverse discipline e categorie professionali, nel leggere i dati del contesto e disegnare i servizi locali, adatti a svolgere il lavoro di comunità e di valorizzazione delle reti sociali.

11.4.3 Il coordinamento con i pazienti e con la comunità

Il coordinamento con i pazienti è finalizzato soprattutto a processi di *service re-design* e valutazione delle caratteristiche dei servizi in essere. Quando il focus si rivolge a una specifica patologia, è utile il confronto con i pazienti e le associazioni di rappresentanza di quella patologia specifica. Quando invece si intende discutere alcune caratteristiche più generali della CdC (canali di accesso e comunicazione, format, linguaggi ecc.), è opportuno dialogare con l'insieme delle associazioni dei pazienti, concordando una loro forma di rappresentanza. Il coordinamento con la comunità attraverso le reti sociali è finalizzato a costruire e gestire tutti i possibili processi di CB. Anche in questo caso, è opportuno interfacciarsi con una rete *ad hoc* quando il focus è un oggetto di lavoro specifico (es. sanità di iniziativa in una comunità etnica o con i genitori di una scuola), mentre è utile un coordinamento generale con tutte le reti sociali disponibili se le questioni appaiono trasversali (es. censire le reti di volontariato per una piena valorizzazione reciproca rispetto al reclutamento e al supporto delle varie categorie possibili di pazienti fragili o soggetti a rischio).

Siamo convinti che la maggiore codificazione e formalizzazione in organi di questi meccanismi di coordinamento tra professionisti, con i pazienti e con la comunità siano potenzialmente pericolosi in fase iniziale e di primo sviluppo della CdC. Rischiano di concentrare l'attenzione sugli aspetti di sola rappresentanza formale, senza che vi siano reali contenuti rilevanti ancora da co-progettare o co-disegnare, generando sovrastrutture pleonastiche e burocratiche. Il processo di sviluppo e infrastrutturazione istituzionale della CdC deve funzionare accumulando progressivamente esperienze, relazioni, servizi e fattori produttivi realmente gestiti o integrati attraverso relazioni dirette con i vari stakeholder, avendo come elemento unificante e di dialogo il contenuto di servizio, di processo, di integrazione su cui si sta lavorando. La progressiva accumulazione di ruolo, risorse e senso, grazie alla relazione diretta e poco formalizzata con tutti gli stakeholder, progressivamente accumula riti relazionali di fatto, che progressivamente si stratificano, accumulando storie e capitale relazionale. Quando la massa critica del lavoro di co-progettazione dei servizi, di co-consumo, di co-produzione con le reti sociali è accumulata spontaneamente nascerà l'esigenza di codificare i processi di relazione tra la CdC e i propri stakeholder, che già dal primo momento sono stati ingaggiati in una relazione diretta su oggetti specifici di lavoro. Anche nella fase di maturità non tutti questi processi di coordinamento (generali, tra professionisti, con i pazienti, con la comunità) devono essere rigidamente codificati e trasformati in organi, ovvero istituzionalizzati, ma possono essere garantiti da condivisioni culturali, accumulazione di

esperienze storiche positive, dal mutuo riconoscimento reciproco tra le parti, in una parola, dal capitale istituzionale accumulato dal territorio. L'informalità e la strutturazione prevalentemente culturale sono da considerarsi indispensabile nelle CdC piccole geograficamente o per quantità di servizi e risorse su cui sono davvero ingaggiate.

Riportiamo di seguito un'esperienza interessante di *stakeholder management* in una CdC in un processo di profonda innovazione e ri-disegno di un servizio. Anche in questo caso, affianco ad alcuni processi di concertazione codificati, molti sono stati i processi di relazione con e fra gli stakeholder di tipo relazionale, ovvero diretti e informali, aventi come collante l'oggetto di lavoro. Si rimanda al Capitolo 4 sul CB per osservare identiche dinamiche di *stakeholder management* e di costruzione di relazioni di governance nell'interazione con le reti sociali.

11.5 La governance degli stakeholder locali come elemento abilitante nel processo di implementazione di una iniziativa: il caso delle cure oncologiche nella CdS di Bettola

La CdS di Bettola rappresenta il caso di un'innovazione trasformativa in un'area montana dell'Azienda Sanitaria piacentina (Bobini *et al.*, 2022). In particolare, a seguito di un graduale processo di decentramento sui servizi oncologici, la CdS di Bettola, comune di 2600 abitanti, è stata organizzata per erogare settimanalmente le cure oncologiche decise dal Dipartimento di Oncologica dell'Ospedale AUSL di Piacenza ma gestite localmente da due professionisti oncologici (un medico e un infermiere). Il successo di questo caso è dipeso dall'unione di interessi e obiettivi diversi per la creazione del massimo beneficio per tutte le parti coinvolte. Il decentramento delle cure oncologiche sul territorio di Bettola risponde a due principali 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 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 *caregi-*

ver 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).

Dalla 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 pazienti e motivazione sul lato dei professionisti.

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 stata 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. Un coinvolgimento degli stakeholder efficace e strategicamente allineato è stato la chiave per uno sviluppo dei servizi più equo e sostenibile, per accrescere la reputazione del SSR e attrarre le risorse (conoscenza, persone, disponibilità economica e tecnologica) necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

12. Logiche e modelli di sanità di iniziativa per il reclutamento e la gestione della cronicità di *Francesco Petracca*

Con il termine sanità di iniziativa si fa riferimento ai modelli assistenziali fondati su reclutamento e assistenza proattiva all'individuo che possono essere applicati a ogni target di assistito. Nell'ambito delle patologie croniche, tali modelli si basano sulla promozione della salute negli individui a rischio e sulla presa in carico delle condizioni morbose già nelle fasi precoci della malattia. Per il SSN, tipicamente orientato a una postura di attesa della manifestazione dei bisogni, la sanità di iniziativa richiede un cambio di passo significativo. Già da tempo alcuni SSR hanno avviato modelli di presa in carico della cronicità ispirati a tali principi e una ulteriore spinta è prevista nell'ambito del PNRR. Questo contributo si focalizza sulle principali sfide organizzative e questioni manageriali con l'obiettivo di orientare il dibattito e favorire l'implementazione della sanità d'iniziativa nel contesto del SSN.

Proactive healthcare encompasses all the care models based on timely recruitment and assistance of the patients. In the context of chronic care management, such models are based on health promotion targeting individuals at risk and on timely management of the chronic diseases, already starting from the initial, often asymptomatic stages. For the Italian National Health System, which has typically been driven by a reactive approach providing responses after the expression of a need, proactive chronic disease management represents a substantial challenge and requires a substantial change of pace. Nonetheless, some regional systems have been piloting and implementing proactive approaches to chronic disease management for some time, and a further push towards their implementation will come from the post-pandemic recovery and resilience plan. This contribution analyses the main managerial challenges with the aim of fostering the effective implementation of proactive approaches to chronic care management in the Italian National Health System and advancing the debate on the topic.

CHE MALE LA
SCHIENA!



SENTITO?
DOBBIAMO
AGIRE SUBITO



«Il Grande SSN»

12.1 La sanità di iniziativa per la presa in carico della cronicità

Per sanità di iniziativa si intendono modelli assistenziali fondati su reclutamento e assistenza proattiva all'individuo, dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino agli stadi precoci e poi conclamati della condizione morbosa¹, identificando quindi approcci che possono essere applicati a ogni condizione di salute e target di assistiti. La sanità di iniziativa si inserisce in un quadro di trasformazione dell'assistenza sanitaria che è alimentato a monte dalla crescente disponibilità di dati e informazioni per l'analisi dei bisogni e la stratificazione della popolazione e dovrebbe essere finalizzato a valle a una migliore programmazione e a una presa in carico altrettanto personalizzata e tempestiva.

In questa sede, si discute l'applicazione di logiche di sanità di iniziativa ai pazienti cronici. Se in termini più trasversali la sanità di iniziativa punta a migliorare la gestione della salute e delle malattie in tutti i loro stadi, nello specifico delle patologie croniche propone un nuovo approccio proattivo orientato alla promozione della salute negli individui a rischio e alla presa in carico delle condizioni morbose già nelle fasi precoci o non ancora manifeste della malattia, su iniziativa diretta del SSN anche in assenza di domanda esplicita da parte dei target potenziali. Gli elementi costitutivi e distintivi che caratterizzano questo approccio sono dunque:

- la proattività da parte del sistema salute, che si declina a vari livelli. A monte, si traduce nella ricerca attiva degli assistiti a rischio aumentato di malattie croniche, per via di condizioni di fragilità e fattori ambientali, e di quelli già affetti da malattie croniche in assenza di sintomatologia evidente. Per queste attività di screening è opportuno sfruttare tutte le occasioni di contatto con gli assistiti generate tradizionalmente dai servizi, ma soprattutto crearne delle ulteriori ispirate da questo paradigma. Nel corso del processo di presa in carico, invece, la proattività si concretizza nel richiamo periodico del paziente per sottoporlo a tutte le attività sanitarie, socioassistenziali ed educative previste dal suo PAI, oltre che per rivalutare ciclicamente il suo bisogno;
- la centralità del paziente, che diventa davvero parte attiva del suo percorso di cura ed è quindi destinatario non solo di prestazioni di natura sanitaria e socioassistenziale, ma anche di attività educative e formative (per esempio relative al rispetto dell'aderenza terapeutica) finalizzate alla piena padronanza nella gestione della propria condizione di salute e al più generale *empowerment*, dell'individuo così come della sua rete

¹ Definizione riportata dal Ministero della Salute nel DM 77/2022.

familiare e sociale. Questo presuppone la sottoscrizione di un patto istituzionale tra SSN e paziente (formalizzato o sostanziale) in cui il servizio sanitario si fa parte attiva e garantisce semplificazione nell'accesso ai servizi e controllo della *compliance*, ma chiede co-responsabilità al paziente in termini di corretti stili di vita e piena aderenza ai percorsi co-definiti;

- l'estensione della responsabilità sulla presa in carico a un team multiprofessionale: pur restando inalterato il rapporto di fiducia che caratterizza la relazione paziente-MMG, la sanità di iniziativa prevede l'intervento congiunto e coordinato di più operatori. Il gruppo fa perno su un nucleo di attori delle cure primarie (progressivamente integrato anche con la figura dell'IFoC) e a questi aggancia altri professionisti del Distretto e del livello specialistico che entrano a far parte di un team allargato e vengono attivati per gli interventi di loro competenza. Per stadi avanzati di cronicità, è possibile prevedere un ruolo pivotale degli specialisti ospedalieri, sempre in una logica multiprofessionale e di coordinamento con gli MMG;
- la personalizzazione delle strategie di intervento e di presa in carico, e non più solo la standardizzazione delle risposte a bisogni simili. La sanità di iniziativa richiede un salto ulteriore rispetto ai modelli più tradizionali di *disease management* delle patologie croniche, che già fanno leva sulla capacità di raccogliere e interpretare i dati in modo sempre più raffinato per intercettare i bisogni a livello individuale. In questo caso l'obiettivo è di accompagnare la stratificazione puntuale dei bisogni con una pari capacità di personalizzare le modalità di presa in carico sulla base di caratteristiche e preferenze individuali, oltre che in funzione della *literacy* dei pazienti, del loro livello di accettazione della patologia e della rete sociale di supporto.

Tale approccio richiede quindi un cambio considerevole rispetto a quelli prevalenti finora nel contesto del SSN (Ferrara *et al.*, 2022). Complessivamente, questa sfida è particolarmente ardua dato che sollecita una serie di elementi su cui il nostro sistema è stato tradizionalmente carente: i) il passaggio da un atteggiamento di attesa della manifestazione dei bisogni (o, più puntualmente, della loro trasformazione in domanda) a uno proattivo e quindi proiettato al di fuori dei confini aziendali tradizionalmente intesi; ii) l'esigenza di ragionare su target epidemiologici complessivi collegati alle priorità di politica sanitaria individuate, e non più solo su singoli pazienti; iii) la centralità della prevenzione, storicamente sotto finanziata oltre che scarsamente integrata con le successive fasi della presa in carico e con le altre articolazioni organizzative all'interno delle aziende sanitarie (Cavazza *et al.*, 2021); iv) la necessità di promuovere e facilitare l'utilizzo di tecnologie digitali, certamente favorito dalla pandemia (Pettracca *et al.*, 2020),

ma che tuttora presenta margini inesplorati per aumentare la capacità produttiva del sistema soprattutto verso gli individui a rischio o a bassa complessità; v) il focus sull'*empowerment* del paziente, già rimarcato come tratto distintivo della sanità di iniziativa, che per favorire l'autocura e un pieno coinvolgimento richiede il ripensamento anche dei processi amministrativi e di accesso ai servizi; vi) la necessità di affiancare all'erogazione di servizi al singolo paziente processi produttivi collettivi, con l'obiettivo non soltanto di tutelare l'identità comunitaria ma anche di dare risposte aggregate a bisogni individuali più o meno complessi, come nel caso del rafforzamento di programmi di screening di massa, educazione sanitaria diffusa e sostegno all'aderenza di gruppo.

Ai tratti distintivi e alle sfide presentati finora, si aggiunge chiaramente l'opportunità collegata alle risorse assorbite dalle patologie croniche (attualmente nell'intorno del 70% del fondo sanitario) che, anche in considerazione delle stime demografiche ed epidemiologiche previste per il prossimo futuro (si vedano i Capitoli 1, 2 e 6 del volume), spinge ancora di più il SSN a interrogarsi su soluzioni che possano conciliare tenuta e sostenibilità del sistema con migliori outcome di salute e qualità di vita dei suoi assistiti.

Il presente contributo intende fare il punto sullo stato dell'arte e identificare le principali questioni manageriali e organizzative collegate all'implementazione della sanità di iniziativa nel contesto della cronicità. Il capitolo è strutturato come segue: il paragrafo 12.2 propone una sintesi dei provvedimenti normativi in materia e una rassegna dei programmi più rilevanti adottati a livello regionale; il paragrafo 12.3 identifica le principali sfide strategiche e organizzative da affrontare nel disegno e implementazione di programmi di sanità di iniziativa nel contesto tratteggiato dall'intero volume; a conclusione del contributo, il paragrafo 12.4 riporta alcune riflessioni utili a sostenere l'avanzamento del dibattito sul tema.

12.2 La sanità di iniziativa nel SSN

12.2.1 Review dei provvedimenti normativi

Solo recentemente la sanità d'iniziativa è divenuta oggetto di specifico approfondimento da parte del legislatore e, a oggi, nel nostro ordinamento giuridico non esiste una disciplina completa e organica della stessa, nonostante sia citata direttamente o contemplata indirettamente in vari atti di indirizzo e programmazione del Ministero della Salute. Il primo provvedimento che ha sospinto l'adozione della sanità d'iniziativa è stato il Patto per la Salute 2014-2016, che prevedeva che le regioni la promuovessero con appositi atti come modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, all'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, oltre che alla gestione attiva delle condizioni croniche (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2014). L'approccio di iniziativa è citato anche nell'ambito del Piano Nazionale della Cronicità pubblicato nel

2016 (Ministero della Salute, 2016). Nello specifico, è previsto che l'approccio della sanità d'iniziativa venga integrato nel macro-processo di presa in carico del paziente cronico sia nella Fase II, che mira a identificare precocemente le persone a rischio e ritardare l'insorgenza delle malattie croniche, che nella Fase III, volta alla presa in carico e gestione del paziente cronico adottando modelli di gestione condivisa basati sulla multidisciplinarietà.

Il Patto per la Salute 2019-2021, approvato in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2019, cita nuovamente la medicina d'iniziativa quale modello per ripensare i percorsi di presa in carico della cronicità alla luce del mutato contesto socio-epidemiologico, in stretta correlazione con quanto previsto dal PNC oltre che dal Piano di governo delle liste di attesa (PNGLA) e dal Piano Nazionale di Prevenzione (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2019).

Dopo la pandemia da Covid-19 il DL 34/2020, pur non citando esplicitamente la sanità d'iniziativa, ha creato ulteriori condizioni per una sua più efficace implementazione formalizzando l'introduzione dell'IFoC e prevedendo la possibilità di trattare dati personali, anche relativi alla salute degli assistiti, per lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione. Da ultimo il DM 77/2022, che ha definito i nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito della cornice del PNRR, conferma l'intenzione di evolvere la presa in carico della cronicità secondo una logica olistica che si focalizza su tutti gli stadi, a partire dalla prevenzione primaria e dalle attività finalizzate alla diagnosi precoce. In questo quadro, la sanità d'iniziativa è presentata quale modello assistenziale per intervenire precocemente e personalizzare le strategie di intervento in forte integrazione con le attività di stratificazione, che rende possibili approcci di popolazione sempre più mirati (Ministero della Salute, 2022). Nello stesso provvedimento si enfatizza ulteriormente la necessità di individuare precocemente le situazioni di fragilità, anche tramite strumenti multidimensionali predittivi, per prevenire l'insorgenza di stadi più gravi delle patologie.

12.2.2 Le esperienze regionali

Alcuni SSR hanno adottato da tempo modelli di presa in carico della cronicità che si ispirano ai principi della sanità di iniziativa. Tra tutti, quello della Toscana costituisce il modello più consolidato e maturo: avviato in principio con deliberazione della Giunta Regionale n. 716/2009, è stato implementato sperimentalmente a partire dal 2010 e ha permesso di conseguire risultati significativi in termini di outcome già nel periodo 2010-2014, con miglioramento degli indicatori di processo e mortalità tra i pazienti arruolati. Il programma è stato rinnovato a partire dal 2016, superando il precedente modello impostato sulla gestione per singoli PDTA a favore di una presa in carico olistica basata sul profilo

di rischio e sulla complessità del singolo paziente, ma l'implementazione di queste innovazioni risulta tutt'oggi ancora parziale (si veda il Box 1 per dettagli più puntuali sull'esperienza della sanità d'iniziativa in Regione Toscana). Tra gli altri SSR, anche la Provincia Autonoma di Trento nel 2010 aveva formalmente riconosciuto la medicina d'iniziativa quale modello assistenziale finalizzato a diagnosi precoce e prevenzione delle malattie croniche. Nel 2022 è stato approvato il «Regolamento concernente la medicina di iniziativa nel servizio sanitario provinciale» per una sua effettiva implementazione: rispetto ai provvedimenti della Regione Toscana, in questo caso l'enfasi viene posta prevalentemente sull'individuazione dei tipi principali di dati personali che possono essere trattati e sulle operazioni eseguibili nell'ambito dell'attività di stratificazione. Il regolamento prevede che i risultati della stratificazione vengano utilizzati in forma aggregata e condivisi dalla Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), titolare del trattamento dei dati, con la Provincia e gli erogatori per finalità di programmazione. La comunicazione di dati personali per finalità connesse alla medicina d'iniziativa sarà invece possibile solo per finalità di tutela della salute previo consenso degli interessati.

Box 1. La medicina di iniziativa in Toscana

Il SSR toscano riconosce e promuove la medicina di iniziativa quale modello assistenziale finalizzato alla prevenzione, diagnosi e presa in carico precoce delle patologie croniche sin dal 2009, quando la DGR 716 ha previsto l'avvio della sperimentazione. Il modello approvato inizialmente era basato sugli elementi costitutivi dell'*Expanded Chronic Care Model (ECCM)* e affidava la gestione del paziente a un team multiprofessionale coordinato dal MMG, incaricato di attivare gli interventi clinici nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle patologie croniche identificate (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, BPCO). Tutte le ASL regionali hanno dato avvio al modello a partire dal 2010, quando si è registrata l'adesione dei primi 627 MMG organizzati in 56 moduli multiprofessionali, e nel periodo 2011-2014 si è assicurata la progressiva estensione sul territorio regionale con varie deliberazioni. L'ampliamento del modello ha portato a coprire nel 2015 il 54% della popolazione regionale. Sin da subito, l'implementazione del modello è stata accompagnata dall'identificazione di un relativo modello di governance, che prevedeva la Commissione regionale di monitoraggio sull'attuazione della Sanità d'Iniziativa (C.O.R.M.A.S.) permanentemente insediata nell'ambito del Consiglio Sanitario Regionale come organismo di monitoraggio e il Coordinamento Regionale delle Aziende e dei Referenti Aziendali come organo tecnico di coordinamento del progetto.

Secondo i risultati del monitoraggio pubblicati con DGR 1152/2015, questa prima fase di applicazione della sanità d'iniziativa ha contribuito al miglioramento degli indicatori di processo analizzati, alla riduzione della mortalità e al raggiungimento di livelli di soddisfazione elevati da parte di pazienti e MMG aderenti, seppure con criteri di arruolamento parzialmente opportunistici.

I buoni risultati maturati nel corso del primo ciclo della sanità di iniziativa hanno posto le basi per un nuovo ciclo di implementazione, che ha preso spunto dalle sfide evolutive del contesto di riferimento: riorganizzazione della Medicina Generale; necessità di superare la selezione e gestione dei pazienti sulla base di singole patologie; volontà di testare il modello anche in pazienti «complessi» con bisogni molteplici per più condizioni croniche. Per rispondere a queste spinte, a partire dal 2016 si è provveduto ad aggiornare il modello della sanità di iniziativa e a riprogrammarne l'attuazione includendo le seguenti

innovazioni principali: a) ampliare l'ambito di applicazione così da ricomprendere anche gli assistiti complessi a rischio di ricoveri ripetuti per condizioni ancora suscettibili di cure territoriali, con conseguente incremento dell'attività domiciliare; b) adottare il rischio cardiovascolare come criterio per la calibrazione degli interventi per la parte intermedia della piramide, superando così i percorsi per singola patologia e identificando come target primari gli assistiti con diabete, quelli ipertesi ad alto rischio e quelli individuati come a rischio durante eventuali contatti di cura; c) aggiornare l'organizzazione del team assistenziale facendo riferimento alla nuova realtà organizzativa della medicina generale in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e prevedendo l'assegnazione di risorse infermieristiche e Operatori Socio-Sanitari (OSS); d) potenziare la prevenzione per soggetti a basso rischio; e) riorganizzare l'accesso alle prestazioni secondo la logica delle reti cliniche.

Ad accompagnare gli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello pubblicati con DGR 650/2016, nel 2017 è stato approvato un nuovo schema di accordo regionale con la Medicina Generale per l'attuazione della Sanità d'Iniziativa (DGR 930/2017). L'accordo ha declinato concretamente quanto precedentemente previsto, chiarendo i target del nuovo intervento di iniziativa: assistiti complessi (classe A); pazienti ad alto rischio cardiovascolare nella fascia d'età 40-69 anni (B1); pazienti con pregresso evento cardiocerebrovascolare (B1s); pazienti precedentemente arruolati per garantire continuità con le prime fasi di attuazione (B2).

L'accordo aveva inoltre previsto 3 milioni di euro da destinare alle quote di remunerazione dei MMG nella fase propedeutica all'implementazione del nuovo modello (revisione delle liste, avvio della nuova sanità d'iniziativa e attività di formazione), oltre a circa 10 milioni di euro stimati per l'erogazione del compenso per la presa in carico. A questo proposito, erano stati previsti fino a €5,50 di compenso annuo per ogni assistito, con pagamenti solo al raggiungimento di una soglia di accesso (indicatore di arruolamento) assegnati a livello di AFT per i pazienti del target B e a livello individuale per quelli del target A.

L'accordo stabiliva inoltre che l'Agenzia Regionale di Sanità elaborasse un primo elenco degli assistiti ricompresi nei target A e B e lo mettesse a disposizione dei MMG, a cui era garantita la possibilità di rivedere la lista escludendo i pazienti non eleggibili e aggiungendo quelli assenti ritenuti arruolabili (anche facendo riferimento a eventi non tracciabili dai flussi amministrativi).

Il nuovo accordo, che si poneva l'obiettivo di arrivare alla copertura di tutta la popolazione toscana entro il 2019, non è però mai stato compiutamente implementato, anche per via della revisione degli assetti istituzionali delle aziende toscane adottata con LR 84/2015.

Un nuovo rilancio è stato avviato nel 2020 dopo la pandemia di Covid-19 con l'approvazione della Legge regionale 20/2020 «Promozione della medicina di iniziativa» con conseguente modifica dell'art. 4 della LR 40/2005 «Disciplina del servizio sanitario regionale», che ora riconosce e promuove la medicina di iniziativa quale modello assistenziale della sanità moderna. A conferma di ciò, nell'ambito delle «Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020», la Scheda operativa n. 14 «La rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico» evidenzia la necessità di non poter più rinviare il potenziamento della sanità di iniziativa in Toscana.

In Regione Lombardia, invece, la medicina d'iniziativa è esplicitamente citata nella LR 22/2021 come modello promosso dalle CdC da esercitare nei confronti di fragilità e cronicità. L'esperienza lombarda è particolarmente interessante per quello che riguarda la riforma della PIC, inizialmente definita con DGR 6164/2017 e 6551/2017 e implementata a partire dal 2018 sul territorio regionale prevedendo alcune delle componenti proprie della medicina d'iniziativa. In fase

di avvio, infatti, l'invito ad aderire all'iniziativa è stato basato su una massiccia distribuzione di lettere individuali tramite posta da parte dell'Agenzia di Tutela della Salute competente. Il modello proposto era focalizzato esclusivamente sulla presa in carico di cronicità già conclamate sulla base della lettura retrospettiva dei flussi amministrativi e la strategia di informazione e comunicazione adottata presentava elementi di innovatività che verranno ripresi nel prosieguo di questo contributo. Dopo alterne fortune e un rallentamento fisiologico del progetto PIC per effetto della pandemia (Belleri, 2022), con la LR 22/2021 è stata costituita una commissione per le cure primarie deputata a predisporre linee guida per la presa in carico dei pazienti cronici, esplicitando la volontà di superare il modello precedente basato su forme di competizione tra cure primarie e livello specialistico.

12.3 Questioni per il disegno e l'implementazione della sanità d'iniziativa

Il disegno di programmi di sanità di iniziativa spinge i SSR e le aziende sanitarie a interrogarsi su alcune questioni fondamentali che contraddistinguono la presa in carico proattiva rispetto ai modelli codificati di gestione della cronicità e, allo stesso tempo, influenzano in modo rilevante il successo delle iniziative. Di seguito se ne identificano quattro, proponendo per ciascuna suggerimenti e spunti interpretativi per la loro puntuale gestione.

12.3.1 La selezione del target dei pazienti

La prima scelta nodale da affrontare nel disegno di programmi di sanità d'iniziativa è relativa ai pazienti target: è infatti impossibile pensare di reclutare tutti i pazienti cronici, sia per fisiologici limiti di disponibilità di risorse del SSN, sia nella logica di *change management* e sviluppo dell'iniziativa che impone di partire da alcune priorità.

Questa scelta si declina a sua volta in due macro-componenti. La prima è relativa alla definizione del focus in termini strettamente epidemiologici: i programmi di presa in carico della cronicità sono sempre informati a monte dalla stratificazione dei bisogni degli assistiti che esita in una rappresentazione dei loro livelli di bisogno tipicamente raffigurata attraverso una piramide. All'apice si trovano le coorti di pazienti a più alta complessità che assorbono le quantità maggiori di risorse, seguite dalle altre categorie che presentano minore complessità assistenziale e fabbisogni più spostati verso la prevenzione e il *self-management*. Se tradizionalmente i modelli di presa in carico della cronicità si sono focalizzati principalmente sul *disease management* di casi monopatologici non complessi, e in parte minoritaria sul vertice della piramide, con la sanità d'iniziativa l'attesa è che anche parte della base della piramide, quella a rischio di sviluppare condizioni morbose o ai primi stadi senza sintomatologie evidenti, debba rientrare tra i target principali di intervento.

Nella sostanza, il baricentro della sanità di iniziativa può essere orientato prioritariamente verso la presa in carico attiva delle cronicità conclamate, con l'obiettivo di rallentarne il decorso e l'evoluzione verso stadi più severi, o verso l'intercettazione precoce dei bisogni e delle situazioni di fragilità per prevenire o ritardare l'insorgenza delle patologie. Fermo restando che entrambi i target devono rientrare a tendere tra quelli da coinvolgere nella sanità d'iniziativa, la scelta delle priorità iniziali può essere dettata soprattutto dalla volontà di programmare una adozione per gradi e da questioni relative alle risorse disponibili.

La seconda questione centrale nella selezione dei pazienti fa invece riferimento all'eventuale identificazione di soggetti da arruolare prioritariamente all'interno di ciascun sottogruppo. A tal proposito si possono considerare molteplici variabili utili per questo fine:

- fattori epidemiologici: non tutte le patologie croniche, singolarmente considerate o in combinazione tra loro, dispongono di modelli di *disease management* consolidati ed efficaci né hanno lo stesso impatto economico e sociale, con frequenti aggregazioni in cluster (Hajat *et al.*, 2018). In alternativa a un approccio generalista, è possibile focalizzarsi prioritariamente sulla presa in carico proattiva di quelle patologie o stadi di patologia che registrano i più alti livelli di variabilità nelle prescrizioni, la maggiore divergenza dalle evidenze scientifiche disponibili o il più elevato impatto sociale;
- variabili socioeconomiche: le determinanti sociali (tra cui, per esempio, lo status socioeconomico, i livelli di scolarità, il luogo di residenza e la stabilità abitativa) sono fattori fortemente predittivi della prevalenza e dell'impatto complessivo delle malattie croniche (Wilder *et al.*, 2021). La sanità d'iniziativa potrebbe identificare gli assistiti non scolarizzati, con livelli di reddito inferiori e residenti nelle aree interne come suoi target principali. Questo presuppone a monte la capacità di intercettare queste situazioni di bisogno tramite dati puntuali e affidabili. Se è vero che i flussi amministrativi sono talvolta carenti da questo punto di vista (specialmente nella logica di proattività volta all'intercettazione precoce del bisogno prima che si manifesti concretamente e possa essere letto tramite episodi di cura), potenzialità attualmente inesplorate sono da ricercare tramite una maggiore integrazione con gli altri livelli istituzionali, primo tra tutti quello comunale;
- livello di bisogno socioassistenziale: con il progressivo assottigliamento delle reti familiari, sono sempre più frequenti situazioni in cui al bisogno di natura clinica si accompagnano fragilità individuali dovute alla solitudine e al supporto inadeguato fornito dalle reti sociali di appartenenza. A questo proposito, i più recenti dati ISTAT rilevano che il 35,1% delle famiglie sono unipersonali, con una concentrazione maggiore nelle

aree metropolitane (ISTAT, 2022). Inoltre, fattori ambientali (quale la situazione abitativa) ed elementi collegati alle preferenze individuali e all'accessibilità alle cure contribuiscono a differenziare ulteriormente i bisogni dei singoli individui e potrebbero influenzare le scelte dei target prioritari per la sanità d'iniziativa;

- aderenza alle terapie e agli interventi: l'aderenza alle terapie influenza significativamente gli esiti di salute nella presa in carico della cronicità, oltre a essere essa stessa fortemente influenzata dalle determinanti sociali di salute (Wilder *et al.*, 2021). Come già espresso in precedenza, i dati amministrativi permettono di stimare con discreta attendibilità l'aderenza alle terapie farmacologiche e robusta certezza la *compliance* a visite ed esami prescritti in individui con cronicità già conclamate, mentre è più complesso stimare tale variabile in individui «a rischio». Per questi ultimi, l'aderenza (non tanto alle terapie farmacologiche quanto agli interventi proposti a livello educativo e di prevenzione) potrebbe essere utilizzata non per selezionare il target primario ma come variabile di secondo livello per differenziare il pacchetto di interventi previsti, proponendo occasioni più continuative di contatto con il team multiprofessionale per gli individui meno aderenti, anche sfruttando logiche multicanale e processi di CB.

Un posizionamento strategico consapevole ed esplicito sui target da coinvolgere con più alta priorità nella sanità di iniziativa, oltre a essere complesso da affrontare nel dibattito valoriale prevalente, si porta a cascata importanti questioni organizzative e manageriali ed è quindi auspicabile informare e alimentare queste scelte tramite approfondite analisi dei dati ed evidenze empiriche.

12.3.2 La formalizzazione dell'adesione, tra reclutamento e arruolamento

Una volta identificati i target di utenti da reclutare, lo step successivo prevede l'attivazione dei contatti con l'obiettivo di informare e raccogliere l'adesione formale al programma. L'ingaggio dell'assistito si realizza attraverso due funzioni affini ma con caratteristiche distinte: il reclutamento e l'arruolamento.

Il primo fa riferimento al momento della ricerca del paziente, dell'aggancio («*fishing*» dell'utente) e del primo contatto, volti a confermare la presenza dei criteri target definiti per l'arruolamento e sensibilizzare l'individuo sulla rilevanza di una gestione proattiva dei suoi fattori di rischio o della sua patologia cronica ottenendo una adesione al servizio o programma. Il reclutamento è per sua natura una funzione diffusa, in cui sono coinvolti molteplici professionisti, collocati in diversi setting assistenziali e che ricorrono a modalità e strumenti operativi eterogenei. Si tratta della funzione che probabilmente incarna più fedelmente lo spirito e la natura della sanità d'iniziativa e che richiede quindi

un'evoluzione più marcata rispetto ai modelli tradizionali di presa in carico della cronicità. Per l'individuazione precoce degli individui target è possibile fare leva su un ventaglio di strategie differenti:

- individuazione da parte della rete dell'assistenza primaria: per il loro ruolo e per il tipo di relazioni fiduciarie che intercorrono con i loro assistiti, i MMG sono gli attori maggiormente deputati a individuare e coinvolgere proattivamente gli individui definiti come target. L'esercizio di questa funzione può essere ulteriormente corroborato dal consolidamento delle forme organizzative della medicina generale e dal contributo di nuove figure professionali quali gli IFoC;
- segnalazione da parte della rete dei servizi territoriali: il reclutamento presuppone il coinvolgimento attivo di tutti i professionisti che erogano servizi all'interno delle aziende sanitarie, soprattutto a livello territoriale. Queste forme di segnalazione diffusa da parte di tutti i nodi di servizi fino a ora non sono state esercitate in modo strutturato e ingegnerizzato nelle aziende e presentano potenziali ancora inesplorati. In questo senso, il cambio di passo richiede di sfruttare tutte le occasioni di incontro con gli assistiti per intercettare bisogni latenti o in via di sviluppo, rinsaldare il legame di fiducia e informare sulle iniziative in corso. A questo proposito, si pensi alla campagna vaccinale anti Covid-19, che negli ultimi due anni ha dato alle aziende, e in generale ai SSR, molteplici occasioni di incontro con la gran parte dei propri assistiti, oltre alle possibilità di interpretare proattivamente servizi di sportello che nascono per finalità differenti come i PUA e gli URP e di analizzare tutte le richieste espresse alla guardia medica o al 116.117 (numero unico nazionale per le cure non urgenti), con un approccio che vada oltre alla risposta puntiforme al bisogno manifestato. Questi servizi generano continuamente occasioni di contatto che vanno sfruttate nella logica della sanità di iniziativa anche come momenti di decodifica di ulteriori bisogni e di reclutamento;
- segnalazione da nodi specialistici: gli accessi al PS, le visite e gli esami specialistici ambulatoriali, le dimissioni ospedaliere spesso evidenziano situazioni di cronicità, talvolta già conosciute, ma spesso non prese in carico. Sono ambiti che possono fungere da piattaforme sistematiche di reclutamento, anche per prevenire ricorsi continuativi a setting inappropriati perché troppo specialistici;
- segnalazione da parte di reti sociali diffuse: al reclutamento può contribuire una rete di player molto più corposa, che si estende oltre gli attori strettamente sanitari fino a coinvolgere tutti i nodi della più ampia rete sociale. Molte delle iniziative di CB che le aziende sanitarie stanno progettando e mettendo in campo fanno leva su reti, associazioni e gruppi

di volontariato che contraddistinguono il tessuto sociale di un territorio e possono essere fondamentali per intercettare bisogni latenti e problematiche non ancora emerse. Per un approfondimento puntuale su logiche e strumenti di community building si rimanda al contributo di Longo e Barsanti (2021), oltre che al Capitolo 4 di questo volume;

- screening e chiamata attiva su target identificati come a rischio: un'ulteriore strategia possibile per intercettare la presenza dei criteri di inclusione è quella di fare ricorso a programmi di screening dedicati a target a rischio con l'obiettivo di segnalarli proattivamente e avviarli verso l'arruolamento. Queste forme di *case finding* dedicate a target selezionati opportunisticamente, per le quali esistono evidenze consolidate principalmente in ambito respiratorio (Jordan *et al.*, 2010) e che sono state già sperimentate in precedenza in alcune ASL italiane, sono però associate a significativi sforzi amministrativi e richiedono adeguata capacità produttiva per gestire l'invio delle lettere e le telefonate. Questa sfida, che presuppone l'estensione e la valorizzazione di programmi di screening già consolidati in parte del territorio nazionale, è principalmente nelle mani dei dipartimenti di igiene e sanità pubblica;
- logiche di comunicazione digitale: nuove forme di reclutamento possono essere costruite con logiche di comunicazione sui social e sul web. Il lavoro editoriale può essere svolto dalla comunicazione dell'ASL, ma anche da associazioni del terzo settore o di pazienti con l'ottica di sensibilizzare e attrarre individui potenzialmente a rischio. A titolo d'esempio, una chat tra adolescenti può sensibilizzare le ragazze target per le vaccinazioni contro il papilloma virus, come una piattaforma di connessione omosessuale può agire come straordinario meccanismo di prevenzione e screening delle malattie sessualmente trasmissibili. Allo stesso modo, la chat di un gruppo di cammino di giovani anziani può operare come strumento educativo e di reclutamento della cronicità. Il rapporto costo/efficacia di questi strumenti è molto favorevole e dovrebbe interrogare i dipartimenti di igiene e sanità pubblica sulle competenze professionali che oggi necessitano per fare prevenzione ed educazione efficace, oltre a interrogare gli uffici comunicazione delle ASL sui loro mandati;
- implementazione di nuovi modelli di servizio: da ultimo, le strategie di reclutamento possono essere supportate da iniziative volte a proiettare le aziende sanitarie oltre i loro confini strutturali e verso una nuova logica che incarna pienamente i principi della proattività. Si fa riferimento alla possibilità di ripensare i servizi, a partire da quelli di prevenzione e screening, estendendo le attività verso i luoghi quotidiani e le abitudini degli assistiti, facendosi trovare dove vanno i cittadini, anche tramite nuove soluzioni organizzative che sono state sperimentate durante il Covid-19 confermando le potenzialità di queste iniziative (si pensi alle varie

forme di servizi diagnostici in formato *drive-in* e *walk-in*, ai centri vaccinali collocati in punti strategici, al presidio dei luoghi della comunità quali supermercati, piazze, centri per anziani e scuole con soluzioni mobili e stand informativi).

All'individuazione degli utenti target fanno seguito il primo contatto e la comunicazione mirata all'aggancio dell'individuo, che può essere verbale (*de visu* o telefonica), digitale su social media oppure basata su inviti dedicati tramite lettere postali, come nell'ambito del progetto PIC, ma potenzialmente anche tramite e-mail o altre forme di messaggistica.

L'arruolamento, invece, cristallizza l'inserimento dell'individuo nel programma con la raccolta del consenso informato. Si tratta di una funzione puntuale e per sua natura più lineare, che però dipende inevitabilmente dall'efficacia delle strategie adottate per il reclutamento.

Se il reclutamento è diffuso, l'arruolamento è affidato a figure professionali specifiche deputate a formalizzare l'adesione del paziente e a siglare con lui un PAI che riporta l'insieme delle prestazioni programmate ma è anche un patto vicendevole tra le parti coinvolte. Considerato che tipicamente chi arruola si fa carico anche del *case management* e ha responsabilità clinica sul paziente, i MMG sono gli attori più indicati per questo ruolo, specialmente per le fasce di popolazione senza cronicità conclamate o con patologie agli stadi iniziali. Il loro coinvolgimento va però inserito in un sistema di incentivi e strumenti manageriali che spinga tutti gli attori coinvolti verso gli obiettivi identificati.

12.3.3 Strumenti manageriali e questioni professionali della sanità d'iniziativa

La progressiva diffusione dei programmi di sanità d'iniziativa va accompagnata con un contestuale allineamento delle logiche e degli strumenti manageriali. Tra questi, i più rilevanti per orientare i comportamenti degli operatori restano gli incentivi.

Per i professionisti coinvolti nel reclutamento e nell'arruolamento, questi incentivi si possono declinare a vari livelli crescenti in termini di sfida:

- incentivi per l'individuazione nominativa degli individui target, tipicamente a partire da target quantitativi anonimi e aggregati calcolati dall'azienda sanitaria frutto del processo di stratificazione;
- incentivi per il reclutamento di liste di pazienti definiti dall'ASL;
- quota di remunerazione per la presa in carico, che aggancia l'incentivo a valle del processo di arruolamento;
- quota di remunerazione per il raggiungimento di determinati target di arruolamento, prevedendo un riconoscimento monetario solo a fronte

del superamento di un livello soglia predefinito di pazienti per cui si è siglato un PAI;

- incentivi collegati a output, in termini di prestazioni erogate o PAI aggiornati, e outcome, misurati con esiti di salute intermedi.

La raccomandazione è quella di adottare una filosofia di apprendimento nel tempo che porti progressivamente all'inclusione di incentivi più sfidanti una volta consolidati quelli del livello precedente.

Strumenti di natura manageriale sono necessari anche per il processo di valutazione *ex post* e di progressivo miglioramento delle fasi di reclutamento e arruolamento. La ricchezza di alternative possibili per identificare e avvicinare gli individui target è una risorsa da preservare, ma è altresì necessario raccogliere dati per affinare e migliorare progressivamente l'efficacia di queste strategie. Una robusta raccolta e analisi di dati può contribuire a identificare i setting e i professionisti più efficaci nella fase di reclutamento dei diversi target individuati, valutare quali tra i possibili *front-end* comunicativi adottati rendono il processo più proficuo e monitorare il rapporto tra risorse necessarie e risultati conseguiti dai vari interventi.

L'efficace implementazione della sanità d'iniziativa richiede anche l'adozione di strumenti di *change management* che contrastino le resistenze fisiologicamente associate al cambio di paradigma verso la proattività, all'allargamento del perimetro degli attori coinvolti e alla conseguente necessità di maggiore integrazione tra tutti i nodi della rete. Un governo consapevole del processo di *change management* è necessario per allineare premesse e aspettative di tutti e per diffondere le competenze necessarie per la gestione proattiva della cronicità. L'accompagnamento in questo processo di cambiamento si deve basare anche su attività di formazione volte a standardizzare il supporto garantito per il *self-management* e a dotare i professionisti di competenze che finora sono state secondarie nei modelli tradizionali di attesa. Per essere agita efficacemente, la proattività richiede che i linguaggi utilizzati e i messaggi veicolati vengano adattati sulla base dei codici prevalenti del destinatario. Fermo restando che la raccolta di dati potrà aiutare anche a identificare e predire codici simbolici e linguaggi più efficaci per l'interazione con i diversi target di utenti, la sfida resta significativa per un sistema storicamente abituato ad approcci omogenei indifferenti a caratteristiche, *literacy* e preferenze del destinatario.

12.3.4 La gestione della privacy

Un'ultima questione centrale per l'implementazione di programmi di sanità di iniziativa è collegata al nodo centrale della privacy. In tempi recenti, infatti, il Garante per la protezione dei dati personali (GPDP) è intervenuto con molteplici provvedimenti e pareri relativi a proposte regionali e aziendali sulla sanità

d'iniziativa, sovente ostacolando o rallentando l'adozione dei programmi desiderati.

Tra gli altri, l'intervento del Garante ha interessato anche la sanità d'iniziativa adottata dalla Regione Toscana e, nello specifico, le modalità di gestione di alcuni dati personali da parte dell'Azienda USL Toscana Sud Est. Il modello toscano, infatti, fino al 2017 aveva previsto che i MMG inviassero all'azienda di loro appartenenza soltanto il numero di pazienti arruolati, mentre a partire dal 2018, in base allo schema di accordo regionale con la Medicina Generale, è stato richiesto ai MMG di trasmettere l'elenco nominativo dei loro assistiti arruolati con l'evidenza delle relative condizioni morbose, previa acquisizione del consenso degli assistiti, considerato fondamento giuridico per la comunicazione di dati personali all'Azienda. L'invio di questi dati era considerato essenziale per il riconoscimento della quota di finanziamento previsto dagli accordi collettivi. Il Garante ha riconosciuto che il trattamento aggiuntivo, volto a realizzare un profilo sanitario di rischio dell'interessato e quindi autonomo rispetto a quello principale finalizzato alla cura, era stato gestito correttamente con l'acquisizione del consenso ma senza alcuni elementi informativi richiesti (periodo di conservazione dei dati, diritti degli interessati, dati di contatto dei titolari) e con modalità di trasmissione dei dati non sicure. In risposta all'ordinanza del GDPR, l'Azienda a partire dal 2019 è tornata sui suoi passi prevedendo che i MMG comunicassero nuovamente i dati soltanto in forma anonima e aggregata. Ciononostante, le è stata comminata una sanzione pecuniaria pari a 100.000 euro.

Il Garante è intervenuto anche nell'ambito della sanità d'iniziativa proposta dalla PA di Trento, fornendo indicazioni utili a perfezionare l'articolato dello schema di regolamento. Nello specifico il parere del GDPR, pubblicato a ottobre 2020, ha richiesto alla Provincia di chiarire la logica e le modalità con cui si intendeva effettuare l'attività di stratificazione, accertarsi che i dati sarebbero stati diffusi in forma esclusivamente anonima e perfezionare il Disciplinare in materia di misure di sicurezza.

Più di recente, in data 15 dicembre 2022, il Garante è intervenuto nei confronti delle tre ASU (Aziende Sanitarie Universitarie) della Regione Friuli-Venezia Giulia che, in occasione dell'intesa con le organizzazioni sindacali dei MMG per il biennio 2020-2021, aveva previsto la predisposizione di elenchi di assistiti a rischio complicanze in caso di infezione da Covid-19 in base alla stratificazione tramite il modello ACG (Adjusted Clinical Groups) della John Hopkins University. Il programma prevedeva la validazione degli elenchi da parte dei MMG e la possibilità di sottoporre questi individui a piani di sanità di iniziativa, pur in assenza di una sottostante autorizzazione al trattamento dei dati personali per finalità di stratificazione statistica. L'estrazione dei dati era infatti basata non sul consenso informato esplicito ma sull'autorizzazione dell'assistito

alla consultazione da parte del MMG del suo FSE. Tuttavia, il GPDP ha ribadito che tra le finalità perseguibili attraverso il FSE non rientra quella relativa alla sanità predittiva o di iniziativa e che i dati erano stati trattati in assenza di adeguata base normativa, ordinando a ognuna delle tre aziende di pagare la sanzione pari a 55.000 euro.

L'analisi di questi provvedimenti permette di identificare alcuni trend comuni, utili a comprendere i contorni del fenomeno. I problemi rinvenuti dal Garante sono principalmente associati al legame apparentemente indissolubile tra sanità di iniziativa e stratificazione degli assistiti, spesso adottata dalle regioni senza disporre della base giuridica necessaria e conforme con il GDPR.

I pareri del GPDP non denotano preclusioni di sorta verso gli approcci proattivi, tanto che con l'art. 7 del cosiddetto decreto «Rilancio» (DL 34/2020) è stato previsto che il Ministero della Salute possa trattare dati personali per lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute, previa adozione di un regolamento validato dal Garante che specifichi i dati trattabili, le operazioni eseguibili e le modalità per tutelare i diritti degli interessati. D'altra parte, il Garante è fermo nel ribadire che, in tutti i casi in cui il trattamento del dato, pur avendo evidenti ricadute anche sulla cura, non è strettamente necessario a tale scopo, è obbligatorio acquisire preventivamente un consenso informato dedicato ed esplicito da parte dell'interessato. La realizzazione di profili sanitari di rischio per mettere in atto iniziative proattive, dunque, viene considerata come un'attività amministrativa prodromica all'attività di cura che quindi necessita di specifico consenso.

L'analisi dei principali pareri e provvedimenti del Garante sul tema conferma che la privacy è una questione centrale da affrontare nel disegno e nell'implementazione della sanità di iniziativa. Al momento prevale una visione tradizionale, che non configura la proattività come strettamente necessaria per cura e prevenzione. Nell'attesa che queste posizioni evolvano a fronte di un dibattito pubblico e politico informato sul tema, l'avvio di attività di iniziativa non è precluso ma richiede particolare zelo nella gestione dei dati, in conformità con le vigenti normative comunitarie, e nella raccolta di un consenso informato dedicato quando è previsto l'utilizzo di informazioni provenienti da database amministrativi.

12.4 Conclusioni

Il presente contributo ha approfondito caratteristiche e sfide manageriali associate al disegno e all'implementazione di programmi di sanità di iniziativa, un approccio che intende segnare un cambio di passo rispetto ai modelli di presa in carico della cronicità finora prevalenti nel contesto del SSN includendo, oltre agli assistiti con patologie croniche conclamate, anche quelli a rischio, con l'obiettivo ultimo di ritardare l'esordio e rallentare il decorso. A conclusione del

capitolo, si riportano di seguito alcuni spunti interpretativi che hanno l'obiettivo di generalizzare quanto osservato e identificare i prossimi step nel consolidamento di tale approccio.

La sanità di iniziativa viene fisiologicamente associata ai modelli di stratificazione della popolazione, con un legame da molti considerato inscindibile. È innegabile che l'intercettazione tempestiva e la presa in carico proattiva sono facilitate dalla disponibilità di dati robusti e di algoritmi descrittivi e predittivi dei bisogni degli assistiti, ma altre considerazioni sono opportune per approfondire i termini di questo rapporto. Da un lato, è possibile praticare la proattività anche senza il supporto di algoritmi di stratificazione. Lo si è evidenziato passando in rassegna le varie strategie di reclutamento che si possono adottare per intercettare i bisogni. Dall'altro, anche agli strumenti di stratificazione della popolazione è richiesto un salto di qualità per poter essere davvero coerenti con il paradigma della sanità d'iniziativa, soprattutto se si considera che la gran parte delle situazioni di fragilità o a rischio non sono intercettabili dalla lettura dei dati amministrativi, che per definizione tracciano gli episodi di consumo conseguenti all'espressione di un bisogno. Da una lettura quasi esclusivamente retrospettiva dei consumi è dunque necessario passare alla capacità di stimare non soltanto il carico assistenziale futuro, come già previsto per esempio dal modello ACG, ma anche la probabilità di sviluppare condizioni morbose, così da identificare tempistiche e modalità ottimali di intervento. Questo obiettivo può essere raggiunto sia integrando la base di dati disponibile con altri di natura amministrativa e con quelli clinici, sia con il ricorso a tecniche e algoritmi di Intelligenza Artificiale, associati sempre più spesso a forme di apprendimento.

Per un pieno ricorso a modelli di presa in carico proattiva della cronicità è necessario, inoltre, trovare un equilibrio tra i diversi livelli istituzionali coinvolti. Finora il livello centrale si è limitato a dare indicazioni programmatiche, pur in assenza di una disciplina organica della materia; il livello regionale è stato tipicamente deputato a disegnare il modello nell'ambito degli assetti istituzionali e organizzativi del SSR di riferimento e soprattutto ad approntare gli algoritmi di stratificazione della popolazione; le aziende, infine, si sono occupate dell'avvio operativo dei programmi negli ambiti territoriali di propria competenza e dell'identificazione dei target principali da reclutare, oltre a essere titolari dei dati e deputate a realizzare i moduli informativi da fornire agli assistiti. Questo quadro però potrebbe cambiare: come si è già detto, il cosiddetto decreto «Rilancio» prospetta la possibilità per il Ministero della Salute di sviluppare sistemi di medicina predittiva utilizzando i dati personali raccolti nei sistemi informativi del SSN. Una modifica degli spazi di azione del livello centrale potrebbe avere ricadute anche sugli altri livelli istituzionali coinvolti.

La sanità di iniziativa si sviluppa in un SSN in evoluzione, con le trasformazioni in corso a livello territoriale nella cornice del PNRR che generano una serie di interrogativi sulla loro effettiva evoluzione a cui non è attualmente facile

trovare risposta. A livello strutturale ci si chiede quali debbano essere i nodi deputati a espletare e supportare le funzioni di sanità di iniziativa. Le CdC, per fini istituzionali, sarebbero certamente un luogo idoneo per l'implementazione di questi programmi, per via della disponibilità di offerta a livello di cure primarie e specialistiche e per la forte integrazione con l'ambito sociale e con il terzo settore che dovrebbe caratterizzarne il funzionamento. D'altra parte, il processo di istituzione delle CdC è ancora agli albori e richiederà tempi lunghi prima di una sua istituzionalizzazione (Del Vecchio *et al.*, 2022). Se la questione relativa ai luoghi risulta più complessa da dirimere, di più semplice risoluzione è quella relativa ai professionisti. Fermo restando che la sanità di iniziativa richiede il contributo di team multiprofessionali che integrino professionisti convenzionati e dipendenti aziendali, il ruolo focale spetta chiaramente alle cure primarie. A questo proposito, si sono messe in evidenza le necessità di dotare i MMG di appositi incentivi che facilitino l'allineamento tra comportamenti effettivi e attesi e di mettere a fuoco gli strumenti manageriali utili per il raggiungimento di questi fini. Altrettanto rilevante sarà il ruolo degli IFoC, specialmente in questa fase di consolidamento di tali figure nel SSN in cui i confini del ruolo sono ancora sfumati e in via di definizione. Un'occasione da non perdere per il rafforzamento della sanità d'iniziativa.

Con la sanità di iniziativa salta definitivamente l'esclusività del rapporto uno a uno tra assistito e medico. In parte, questo è dovuto alla già citata organizzazione dei professionisti in team multiprofessionali, che invero già caratterizzava i modelli finora prevalenti di presa in carico della cronicità. La sanità di iniziativa aggiunge in modo vigoroso un ulteriore tassello, relativo alla possibilità di erogare prestazioni collettive dirette a molti soggetti. Le attività di formazione e sensibilizzazione destinate a pazienti e *caregiver* per sostenere il loro *empowerment*, così come quelle di prevenzione e promozione della salute collettiva volte alla correzione degli stili di vita, sono alcuni esempi che vanno in questa direzione.

I programmi fin qui adottati non si sono avvalsi in modo strutturato delle potenzialità delle tecnologie digitali. Questo elemento potrebbe contribuire a trasformare radicalmente gli interventi di proattività del futuro prossimo. Il digitale può contribuire nell'intercettazione precoce del bisogno e nella presa in carico della cronicità a vari livelli (Meskò *et al.*, 2017): i) come supporto all'attività di *self-management*; ii) come fonte utile ed efficiente per la raccolta di dati nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria (per questo fine, oltre alle più classiche app *mobile*, si pensi alle grandi potenzialità che discendono dall'utilizzo di dispositivi indossabili adeguatamente validati); iii) come strumento di *empowerment*; iv) per costruire network e reti di comunità tra gli assistiti e favorire la promozione di interventi di comunità, che a loro volta possono diffondere educazione, screening e processi di reclutamento precoce; v) come piattaforma di formazione ed *e-learning*; vi) quale mezzo per sostenere e misurare l'aderenza.

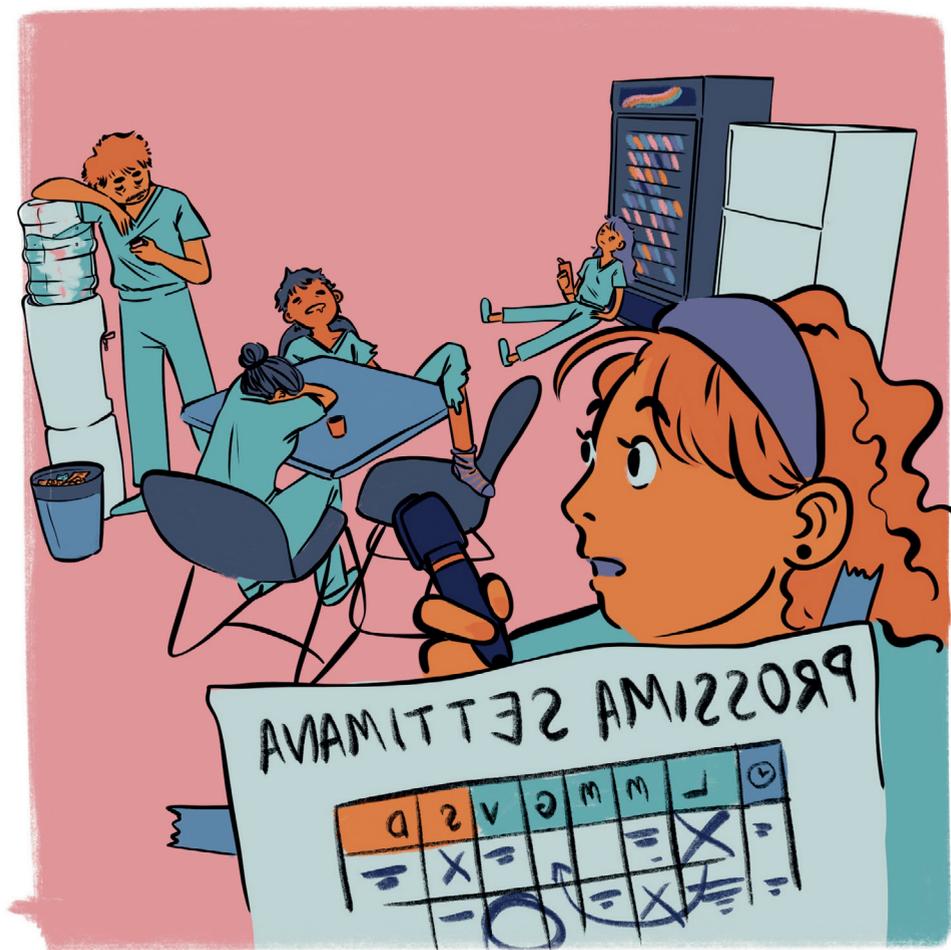
Il dibattito sulla sanità d’iniziativa nel SSN è ancora agli stadi iniziali ma può far leva su alcune esperienze locali ormai mature e su un bagaglio di programmi di *disease management* delle patologie croniche da valorizzare. Sarà interessante osservare come l’implementazione di programmi basati sull’intercezione precoce del bisogno e sulla gestione proattiva della presa in carico si svilupperà e come verranno gestite le varie sfide organizzative e opportunità manageriali presentate in questo contributo.

13. Modelli professionali e organizzativi per le professioni sanitarie

di Luigi Preti e Rita Florio

Negli ultimi anni, i modelli professionali e organizzativi per le professioni sanitarie sono stati interessati dall'emergere di opportunità e sfide, in particolare con riferimento alle maggiori responsabilità e aspettative lungo tutto il percorso assistenziale, nonché ai fabbisogni e competenze che tali modelli comportano. A fronte di una programmazione dei fabbisogni insufficiente e della bassa attrattività della professione infermieristica, diventa cruciale il ruolo delle aziende nel ridisegnare, assieme alle comunità professionali, i modelli di gestione dei professionisti. L'attuale situazione di frammentazione di competenze, funzioni e strumenti di gestione e le tensioni nell'equilibrio tra domanda e offerta di professionisti richiedono la capacità di gestire i professionisti in maniera adeguata. Il presente capitolo sviluppa delle riflessioni sul trade-off tra fungibilità e specializzazione, ovvero se e in che misura sia auspicabile una specializzazione degli infermieri o se invece sia più utile puntare alla formazione di infermieri generalisti del territorio in grado di esercitare periodicamente ruoli diversi, e sull'innovazione dei ruoli infermieristici, interrogandosi se questa debba passare da una diversa ripartizione di competenze e funzioni tra le professioni (*task shifting*) o se invece sia più efficacemente percorribile il rafforzamento di funzioni e competenze «tradizionali».

In the last few years, organizational models for healthcare professionals have been characterized by the emergence of opportunities and challenges, with reference to higher responsibilities and expectations along the care pathway, and to the needs and competences that these models require. Given the insufficient planning and the low attractiveness of the nursing profession, the role of healthcare organizations is key in the process of redesign of the organizational models for healthcare professionals, in accordance with professional communities. This chapter reflects on the trade-off between fungibility and specialization and on the innovation of the nursing profession, asking whether the latter should be interested by a task shifting process or by the maintenance of traditional functions and roles.



Nessun dorma

13.1 Le professioni sanitarie e la riforma dell'assistenza territoriale: un inquadramento

Il DM 77 e il processo di riforma dell'assistenza territoriale che ne consegue presentano molteplici opportunità e sfide per le professioni sanitarie. Rispetto alle prime, oltre a introdurre formalmente nuovi ruoli, la riforma investe la professione infermieristica di nuove responsabilità e maggiori aspettative lungo tutto il percorso assistenziale, dai processi di produzione al *case management*, passando per il ruolo di coordinamento dei nuovi servizi e setting erogativi (CDC, OdC, COT).

Non sono da meno le sfide che un posizionamento di tale portata comporta, sia rispetto ai fabbisogni quantitativi sia riguardo alle competenze necessarie per far corrispondere alle «etichette» contenuti e attività professionali di pari valore. Non bisogna infatti dimenticare che la stagione delle riforme e dei nuovi servizi territoriali si apre in uno scenario di carenza attuale e prospettica di personale assistenziale. Stando soltanto agli standard espressi dal DM 77, si tratterà di un fabbisogno compreso tra i 15 mila e i 22 mila infermieri aggiuntivi tra servizi assistenziali di CDC, OdC e COT e tra il reclutamento dei nuovi IFoC, senza considerare l'ambizioso obiettivo di estensione al 10% degli anziani over 65 coperti da almeno un'ora settimanale di ADI (Del Vecchio *et al.*, 2022).

Sul tema delle competenze si incrociano molteplici elementi di riflessione, amplificati da un'insufficiente programmazione dei fabbisogni, che rende estremamente complicato rispondere nel breve termine alla domanda quali-quantitativa di professionisti. Il sistema universitario ha già assistito a un aumento significativo dei posti nei corsi di infermieristica, a cui si è tuttavia affiancato un rapporto domande-posti che nel 2022-2023 ha raggiunto un ridottissimo 1,3, in calo rispetto ai numeri dati già ridotti degli anni precedenti. Se a questo contesto si aggiunge anche la riduzione prospettica del bacino potenziale da cui attingere, a causa dello svuotamento progressivo delle fasce più giovani di popolazione, è evidente che diverranno cruciali le tematiche dell'attrattività della professione, la *retention* dei professionisti, le prospettive di sviluppo professionale e di carriera.

In assenza di stravolgimenti e di effetti di breve termine sul lato delle politiche, diventa cruciale il ruolo delle aziende nel ridisegnare, assieme alle comunità professionali, i modelli di gestione dei professionisti. Gli attuali assetti organizzativi prevedono una notevole frammentazione di competenze, funzioni e strumenti di gestione tra direzioni generali, dipartimenti specialistici, uffici del personale e direzioni delle professioni sanitarie. Questa situazione, in larga parte giustificata dalle specificità di un settore caratterizzato da professionalismo spiccato, rende più complesso ricondurre a una direzione unitaria le politiche di

gestione, che nella pratica sono demandate alle singole comunità professionali (Del Vecchio *et al.*, 2020).

Gli avvenimenti degli ultimi anni hanno profondamente mutato il mercato del lavoro delle professioni sanitarie producendo significative tensioni nell'equilibrio tra domanda e offerta di professionisti. Prevedibilmente, tali tensioni hanno prodotto conseguenze indesiderate sull'intera filiera dei servizi sanitari e, in particolare, sull'area sociosanitaria e assistenziale. In attesa che nel medio-lungo periodo la programmazione possa compensare il crescente fabbisogno quali-quantitativo, la funzionalità dell'intero sistema dipende dalla capacità di gestire i professionisti in maniera adeguata.

Questo capitolo riflette e propone soluzioni sul tema della gestione delle professioni, e in particolare della professione infermieristica, alla luce della situazione attuale in termini di modelli di gestione e di evoluzione prospettata dalle riforme. Le riflessioni si sviluppano lungo due trade-off che incideranno sui fini e sulle forme delle strutture e strumenti di gestione:

- **fungibilità vs specializzazione:** se e in che misura sia auspicabile una specializzazione dei professionisti nell'acquisire competenze e strumenti tipici del ruolo che andranno ad acquisire (*case management*, erogatore, infermiere di comunità ecc.) o se invece sia più utile puntare alla formazione di infermieri generalisti del territorio in grado di esercitare periodicamente ruoli diversi;
- **innovazione dei ruoli infermieristici:** partendo dal presupposto che un'innovazione nel ruolo è necessaria, è da stabilire se questa debba passare da una diversa ripartizione di competenze e funzioni tra le professioni (*task shifting*) o se invece sia più efficacemente percorribile il rafforzamento di funzioni e competenze «tradizionali».

Il capitolo si articola come segue: il paragrafo 13.2 propone una sintesi dello stato dell'arte della gestione delle professioni nel SSN a partire da recenti lavori di mappatura delle funzioni aziendali; il paragrafo 13.3 traccia una traiettoria di possibile sviluppo per i modelli di gestione delle professioni nelle aziende del SSN; il paragrafo 13.4 propone le riflessioni conclusive.

13.2 La gestione dei professionisti nel SSN

Il tema della gestione delle risorse umane, e in particolare dei professionisti, nel SSN è particolarmente articolato, soprattutto per l'indeterminatezza dell'oggetto (Del Vecchio *et al.*, 2020). Se è vero che tale indeterminatezza deriva in larga parte dalle caratteristiche tipiche delle aziende di erogazione di servizi sanitari (attività *labor-intensive* e professionalizzazione), è altrettanto vero che su

questo ha inciso il prevalere di logiche di «amministrazione» del personale rispetto alle «politiche» del personale.

Due recenti lavori ricostruiscono le caratteristiche della funzione «risorse umane» nelle aziende del SSN, proponendo conclusioni analoghe (Del Vecchio *et al.*, 2020 e Barbieri *et al.*, 2020). In primo luogo, si osserva come la funzione di gestione sia in realtà ripartita tra unità organizzative che solo raramente hanno al centro gli «uffici del personale», diversamente da come ci si potrebbe attendere. Mentre i suddetti uffici rimangono infatti focalizzati sulla componente amministrativa, altre attività di gestione strategica delle persone (definizione dei fabbisogni, valutazione delle performance, formazione e sviluppo) sono invece articolate e diffuse a vari livelli che coinvolgono tanto le direzioni strategiche quanto le unità operative «di linea» (direzioni sanitarie, direzioni delle professioni, unità complesse ecc.). Uffici diversi sono quindi inseriti all'interno di una rete che necessita di un intenso coordinamento, rendendo auspicabile, in prospettiva, la costruzione di una responsabilità «unitaria» sui temi della gestione delle persone. A questo tema va inoltre aggiunto quello relativo ai rapporti tra diversi livelli di governo. In un'ottica di «gruppo pubblico regionale» infatti, tenendo da parte i naturali processi di accentramento di alcune funzioni prettamente amministrative (soprattutto la fase di reclutamento e concorsi), rimane necessaria una riflessione sul ruolo di governo del personale da parte degli enti di natura intermedia (agenzie regionali e aziende zero), soprattutto quando si è in presenza di particolari «tensioni» sui professionisti tra squilibri di domanda e offerta e una competizione interna alimentata dalla diversa capacità attrattiva dei luoghi (aree interne *vs* urbane e metropolitane).

Nel dibattito sulle politiche del personale, il tema della competizione interna e del riflesso delle scelte pubbliche sulla funzionalità dell'intero sistema è emerso con forza ancora maggiore durante la pandemia da Covid-19, quando l'allentamento dei vincoli economici e burocratici rispetto ai meccanismi di reclutamento è stato seguito, nella maggior parte dei casi, da un'espansione incontrollata della forza lavoro trasversalmente a tutte le professioni, sebbene in assenza di un disegno che andasse ad alterare i modelli di gestione già consolidati prima della pandemia (Del Vecchio *et al.*, 2021). La Tabella 13.1 mostra l'andamento delle unità di personale tra il 2001 e il 2020 ed evidenzia come, a fronte di un effettivo aumento di organico in tutte le professioni, i rapporti tra le stesse siano rimasti sostanzialmente invariati.

Tabella 13.1. Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001, 2010, 2019, 2020)

Anno	Medici	Infermieri	Rapporto Infermieri/Medici	Altro personale	Totale
2001	112.539	337.409	3,0	238.430	688.378
2010	117.225	346.025	3,0	225.597	688.847
2019	112.146	335.053	3,0	203.318	649.517
2020	113.105	344.870	3,0	206.711	664.686
Var. 2001-2020	+0,5%	+2,2%	-	-13,3%	-3,4%
Var. 2019-2020	+0,9%	+2,9%	-	+2,2%	+2,3%

Fonte: Gugiatti *et al.*, 2022

In questo contesto si inserisce la stagione delle riforme dell'assistenza territoriale rappresentata dal DM 77. Il primo elemento da richiamare è l'impatto che la riforma e i nuovi modelli assistenziali introdotti hanno avuto e avranno sui fabbisogni quantitativi di personale. Stando agli standard previsti dal DM 77, si tratterebbe di un fabbisogno compreso tra i 15 e i 22 mila infermieri per la sola attivazione dei servizi delle CdC, OdC e COT e, addirittura, 50 mila unità se si considera anche l'ambizioso obiettivo di copertura del 10% della popolazione anziana tramite ADI. A fronte di un tale fabbisogno e del fatto che, da un lato, difficilmente il «mercato» riuscirà a rispondere alla crescente domanda e, dall'altro, i vincoli finanziari stanno progressivamente tornando a livelli pre-pandemici, non si potrà che rispondere attraverso una trasformazione organizzativa che passi anche da nuove e diverse logiche di gestione dei professionisti (Del Vecchio *et al.*, 2022). Con riferimento ai fabbisogni qualitativi, invece, si porrà il tema di identificare le professionalità dotate delle competenze e attitudini più adeguate al potenziamento dei servizi territoriali in modo da non ridurre la «trasformazione organizzativa» in mero trasferimento di unità di personale da un servizio a un altro. Il tema riguarda non solo lo *staff mix* in termini di combinazione quantitativa di professionisti diversi – chiaramente necessaria nella prospettiva della multiprofessionalità prevista dal DM 77 – ma anche di *skill-mix* nella sua accezione letterale, ovvero alla combinazione di competenze degli operatori all'interno di un contesto organizzativo (Dubois e Singh, 2009; Del Vecchio *et al.*, 2022).

13.3 Un possibile *to be* per la gestione dei professionisti

Integrazione e multiprofessionalità sono due dei principi cardine sui quali si articola l'architettura della riforma dell'assistenza territoriale e in genere di tutte le politiche finalizzate a indirizzare la cura e la presa in carico della persona al

livello della comunità. Partendo da questo presupposto e dagli elementi fin qui delineati, sarebbe auspicabile prevedere una trasformazione dei modelli organizzativi per la gestione dei professionisti che abbiano al centro i seguenti elementi:

1. reclutamento basato su competenze e motivazione per il ruolo;
2. percorsi di sviluppo professionale tesi a valorizzare le competenze, favorire una maggiore contaminazione delle esperienze, prevenire alienazione e *burnout*;
3. *job rotation* per i professionisti tra i diversi ruoli e i diversi setting dell'assistenza territoriale;
4. funzioni quali definizione del fabbisogno, reclutamento, formazione e sviluppo delle competenze, allocazione delle risorse e micro-organizzazione che trovino una rappresentazione chiaramente identificabile e il più possibile univoca all'interno del distretto, superando i silos professionali.

Il tema della selezione basata sulle competenze è una questione di ordine generale, che diventa ancora più rilevante di fronte a sfide come quelle poste dalla riforma dell'assistenza territoriale, con la previsione di nuovi ruoli e il potenziamento dei servizi, nel contesto di una carenza cronica di personale sul mercato. Per questo motivo, diventa essenziale introdurre strumenti efficaci di gestione delle persone, per far sì che i professionisti con le loro abilità, conoscenze e attitudini siano messi nella condizione di esercitare i compiti più idonei nei setting più opportuni (Gunawan *et al.*, 2019). Tutto questo può essere sintetizzato nell'approccio di *competence-based human resource management*, che mette la valutazione delle competenze dei professionisti al centro di tutti i processi relativi alla gestione delle persone, quali selezione e reclutamento, formazione, sviluppo professionale, valutazione delle performance e remunerazione (Aude-naert *et al.*, 2014).

Alcune realtà del panorama nazionale, tra quelle che più hanno lavorato negli ultimi anni sul potenziamento dell'assistenza territoriale, hanno già iniziato a inserire nei processi di selezione una valutazione basata sulle competenze e sulla motivazione del candidato, soprattutto in fase di colloquio individuale. Questo è avvenuto non solo per i processi di assunzione di nuovo personale, ma anche per i trasferimenti interni tra servizi aziendali. Tradizionalmente, infatti, l'allocazione interna di risorse all'assistenza territoriale avveniva – e in molti contesti avviene tuttora – sulla base di criteri che poco hanno a che fare con competenze e attitudini specifiche per lo svolgimento di un ruolo (l'età o l'inedoneità a lavorare in un contesto ospedaliero). Al contrario, è necessario il superamento del mero criterio anagrafico nelle scelte di riallocazione interne. Evidentemente, un cambiamento di questa portata, non solo organizzativa ma anche culturale, richiede almeno due passaggi intermedi: in primo luogo, si tratta

di allineare le procedure amministrative e le modalità di svolgimento dei concorsi; in secondo luogo, è condizione necessaria al cambiamento la definizione approfondita *ex ante* della tipologia di ruolo, delle responsabilità e delle attività connesse (*job description*).

Una volta identificate le competenze necessarie per ogni ruolo, è possibile sviluppare un sistema che consenta di valutare e stabilire il fabbisogno qualitativo e valutare le competenze dei professionisti già presenti nell'organizzazione. Questo sistema può essere utilizzato per identificare i punti di forza e le aree di sviluppo per ogni professionista e sviluppare percorsi personalizzati, ovvero l'insieme delle attività finalizzate ad accrescere le capacità e le conoscenze del professionista. Uno sviluppo professionale finalizzato al potenziamento dei servizi territoriali ha un potenziale impatto tanto sugli outcome clinici e organizzativi, quanto sulle condizioni di lavoro e sul benessere organizzativo. È chiaro e scontato come investire sulle competenze possa avere un impatto significativo sugli esiti di salute del paziente (qualità e sicurezza delle cure, aderenza terapeutica, soddisfazione ecc.); non è da sottovalutare, invece, il ruolo dello sviluppo professionale rispetto a temi come *retention*, motivazione e soddisfazione. Si potrebbe infatti ridurre il rischio di percezione di isolamento e «segregazione» a cui gli operatori potrebbero andare incontro se a guidare le scelte di allocazione fosse solo un criterio anagrafico.

A quest'ultimo elemento si associa l'utilizzo della *job rotation* tra servizi e setting assistenziali. Si risolverebbe così, almeno in parte, la scelta tra specializzazione e fungibilità della figura professionale. La specializzazione risponde certamente anche all'esigenza di delineare maggiormente la figura dell'infermiere attorno a percorsi post-laurea più strutturati. D'altro canto, un determinato grado di fungibilità è necessario non solo perché la pratica della *job rotation* è normalmente associata a benefici come maggiore *engagement*, sviluppo di competenze, riduzione del rischio di alienazione e isolamento, aumento di quantità e qualità delle relazioni, soprattutto in presenza di maggiore incertezza sui ruoli (Ortega, 2001; Eriksson e Ortega, 2006), ma anche perché si associa a un potenziale aumento della flessibilità organizzativa. Quest'ultimo potenziale vantaggio assume ancora più rilevanza in un clima di «confusione» generata dalla combinazione tra introduzione di nuovi setting, riorganizzazione dei servizi e vincoli stringenti sul personale assumibile.

Da ultimo, non bisogna sottovalutare il tema della valutazione e della remunerazione. Immaginare un sistema che recluta e alloca risorse sulla base delle competenze significa anche disegnare meccanismi che siano in grado di valutare come le competenze sono acquisite, mantenute, aggiornate e ovviamente applicate, con adeguati sistemi premianti. A oggi alla collocazione sul territorio è associato un evidente «svantaggio» sul piano economico rispetto alle attività ospedaliere, dovuto anche soltanto alla diversa organizzazione del lavoro (as-

senza di lavoro su turni, festivi ecc.). L'attrattività e la *retention* dell'area territoriale passano dunque anche da un ribilanciamento degli aspetti economici che sia legato tanto al livello di competenze acquisite quanto al tipo di attività svolte, molte delle quali si prestano a un elevato grado di autonomia e di responsabilità (per esempio il *case management*).

Per la realizzazione di questi passaggi si rende necessario individuare un'unità organizzativa che sia in grado di esercitare la funzioni in modo coerente e organico. È auspicabile che una tale struttura trovi collocazione a livello del distretto quale entità organizzativa cui è deputata la responsabilità sui setting e i servizi territoriali, oltre che una vocazione rispetto all'integrazione tra questi, i professionisti e i soggetti istituzionali presenti nel territorio di riferimento (Dalponte *et al.*, 2022). Si tratta in sostanza di rendere omogenee al suo interno funzioni quali la definizione del fabbisogno, il reclutamento, la formazione e lo sviluppo delle competenze, l'allocazione delle risorse. È evidente che si tratta di un passaggio complesso che richiede la «cessione» di competenze e prerogative tipicamente assegnate ad altre strutture aziendali (ufficio del personale, direzione delle professioni ecc.). L'operazione, già di per sé difficile sul piano formale e organizzativo, può essere ulteriormente complicata nel caso in cui si immagini di affidare alle aziende temi come l'organizzazione del lavoro, inteso come il ripensamento dei ruoli, delle *task* e delle competenze del personale in dotazione. È evidente come un'iniziativa di questo tipo debba essere inquadrata all'interno di un più ampio ripensamento dello *skill-mix* (anche attraverso un *task shifting* con altre professioni) da cui sarebbe difficile, e neanche auspicabile, tenere fuori le comunità professionali e le loro rappresentazioni all'interno delle aziende (Del Vecchio *et al.*, 2022).

Se si parla di competenze, un riferimento al dibattito sullo *skill-mix change* è necessario. I vincoli di cui è si è parlato impongono la necessità di ottimizzare l'impiego di tutti quei professionisti su cui le carenze sono e saranno maggiori nei prossimi anni (infermieri *in primis*, ma non solo) e agire sullo *skill-mix* può rivelarsi una leva fondamentale per rispondere alle tensioni senza intaccare l'accessibilità e la qualità dei servizi (o comunque minimizzandone l'impatto) (Del Vecchio *et al.*, 2022). Strategie di questo tipo passano da forme di arricchimento delle competenze (valorizzazione) alla vera e propria creazione di nuove figure professionali (innovazione), passando per forme di revisione dei confini intra- (delega) ed extra-professionali (sostituzione). È chiaro come ognuna di queste strategie dipenda fortemente, oltre che dal contesto organizzativo, anche da quello istituzionale in quanto ciascuna è ancorata a cambiamenti significativi su vari ambiti, dai percorsi di formazione universitaria e post-universitaria, alle norme che regolano i confini tra le attività professionali (mediche *vs* sanitarie *vs* laiche) (Buchan *et al.*, 2000; Sibbad *et al.*, 2004; Del Vecchio *et al.*, 2022). Il Box 1 riporta alcune esperienze di *skill-mix change* in ambito territoriale che possono offrire elementi di riflessione interessanti.

Box 1. Esperienze di *skill-mix change* in ambito territoriale

Valorizzazione

AUSL di Modena: personale ADI come riferimento per i pazienti H12/7 per prevenire accessi inappropriati in PS nelle ore notturne e nei fine settimana.

ASST Bergamo Est: personale amministrativo come riferimento per le CdC con funzione di informazione, orientamento e indirizzo.

ASL di Vercelli: IFeC a supporto dell'implementazione dei servizi di telemedicina nelle aree disagiate.

Sostituzione

AUSL di Modena: coinvolgimento di OSS nelle attività di affiancamento agli specialisti durante l'attività di visita, attività di front office telefonico con *caregiver* dei pazienti presi in carico e alcune attività nell'ambito ADI (medicazioni semplici, posizionamento e verifica drenaggi ecc.).

Innovazione

AUSL di Piacenza: definizione di un profilo di Infermieri di Comunità in contesti rurali e disagiati per intercettare bisogno latente di soggetti fragili e sviluppare progetti di cura e assistenza personalizzati.

ASL di Rieti: attivazione di equipe itineranti con infermieri, OSS, assistenti sociali, psicologi ecc. al fine di consolidare l'assistenza socio-sanitaria nelle aree più remote.

Sintesi da:

Del Vecchio, M., Giacomelli, G., Montanelli, R., Sartirana, M. e Vidè, F. (2022), "Le politiche di *skill-mix change* per la trasformazione dei servizi", in CeRGAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 449-576.

13.4 Riflessioni conclusive

La particolare congiuntura all'interno della quale ci troviamo, assieme alla complessità ed eterogeneità dei contesti istituzionali e organizzativi, rende complessa l'implementazione di numerosi passaggi su cui basare i nuovi modelli di gestione dei professionisti fin qui descritti, con particolare riferimento alla professione infermieristica.

Innanzitutto, è necessario partire dal riconoscimento che, a fronte dei nuovi fabbisogni di personale e competenze, nel breve termine né i processi di riorganizzazione e riallocazione interna, né il reclutamento di nuove risorse saranno sufficienti. Tale ragionamento avviene anche in considerazione delle attuali condizioni, in base alle quali è difficilmente immaginabile un'espansione dei posti all'interno dei corsi di laurea nelle professioni sanitarie. Per questo motivo, è necessario ragionare sulle priorità di allocazione delle risorse. A tal proposito, le politiche del personale possono essere una leva strategica per favorire questo passaggio.

È inoltre importante riconoscere il ruolo delle aziende e dei distretti come agenti di cambiamento nella ridefinizione dei ruoli e dei percorsi professionali. Il coinvolgimento di comunità e rappresentanze dei professionisti nella definizione dei perimetri professionali è necessario e auspicabile, considerando la portata dei cambiamenti prospettati. Allo stesso tempo, è altrettanto auspicabile che l'azienda e il distretto articolazione della stessa assumano un ruolo centrale nel ridisegno dei modelli e delle logiche di gestione, rivestendo l'incarico di attori istituzionali responsabili della risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento.

Ulteriore punto cruciale è la valutazione e lo sviluppo delle competenze, che devono essere al centro dei processi di reclutamento, selezione, formazione e sviluppo professionale, misurazione e valutazione delle performance, distribuzione di premi e incentivi. Questo può aiutare a promuovere la crescita professionale dei singoli professionisti e migliorare la qualità dei servizi offerti, anche attraverso la formazione di una nuova classe dirigente delle professioni, a partire dalle competenze acquisite a livello universitario e sul campo.

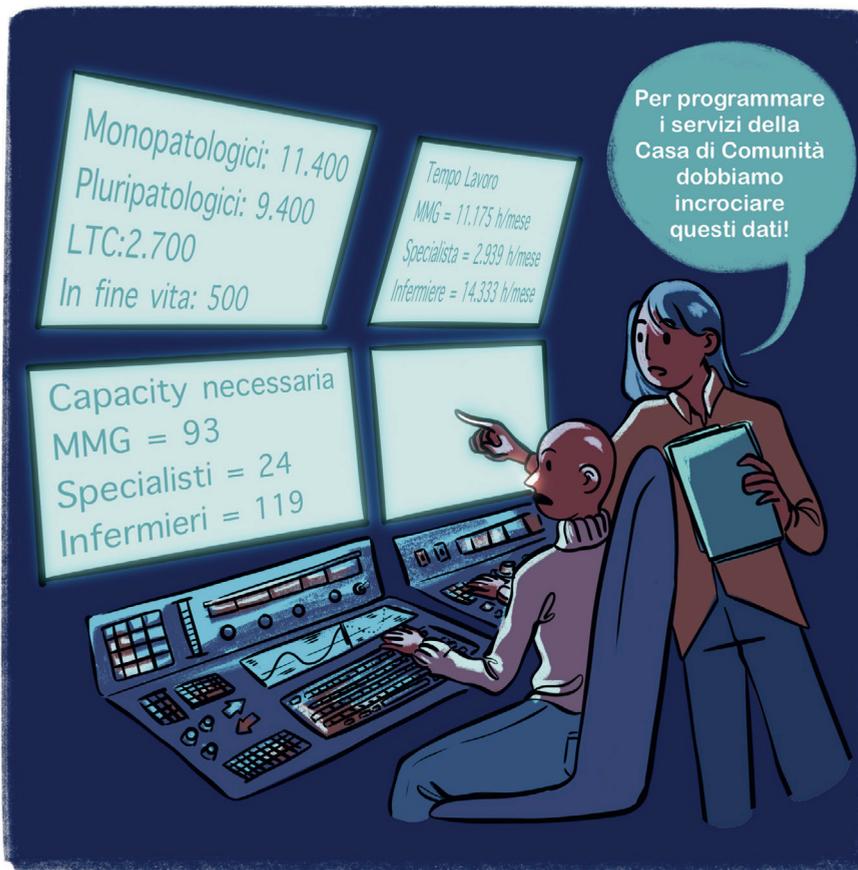
Infine, un cambiamento culturale a favore della valorizzazione delle professioni sanitarie, e in particolare di quella infermieristica, è essenziale per legittimare il ruolo degli infermieri nei confronti di medici e pazienti, e rendere la professione più attraente da una prospettiva di *Public Service Motivation* (PSM), ovvero di motivazione a lavorare per il bene comune anche a fronte di minori benefici sul piano economico (Perry e Wise, 1990). Questo può essere ottenuto attraverso una maggiore sensibilizzazione del pubblico e la promozione di campagne di comunicazione che mettano in evidenza l'importanza del ruolo degli infermieri e dei professionisti sanitari in senso ampio nelle fasi di orientamento, assistenza e cura del paziente.

14. Programmare i servizi territoriali per individuare target, frequenza e intensità assistenziale

di *Angelica Zazzera e Valeria Tozzi*

A fronte dei cambiamenti che stanno interessando i servizi di assistenza sanitaria territoriale, assume sempre più rilevanza l'attività di programmazione delle prestazioni da erogare, che deve tenere conto dei possibili input utilizzabili nei nuovi setting, al fine di disegnare servizi che siano coerenti con la capacità produttiva effettivamente disponibile. Adottare strumenti di gestione operativa (*operations management*) permette di analizzare le risorse disponibili per definire il dimensionamento dei servizi e rispondere adeguatamente ai bisogni dei pazienti. La gestione operativa è uno strumento che può favorire i processi di integrazione tra servizi, rappresentando una garanzia potenziale di equità di accesso e favorendo la prossimità. Il presente capitolo esplora il tema dell'applicazione di strumenti di *operations management* nel setting Casa della Comunità, offrendo una simulazione che permette di riflettere sulle logiche programmatiche e sulle sfide che ne derivano.

Given the changes that are affecting local healthcare services, the activity of rigorous planning of outpatient and community healthcare services is becoming increasingly important. Hence, it must consider the possibilities in terms of inputs that can be used in the new settings, to design services that are consistent with the available production capacity. The adoption of operations management tools allows to analyze the resources available to define the service capacity and respond to patients' needs in the best possible way. Operations management tools can facilitate the processes of integration between services, guaranteeing fair access to services and favoring proximity. This chapter explores the application of operations management tools in the specific setting of "Casa della Comunità", offering a simulation that allows to reflect on potential opportunities and challenges.



La control room dei servizi territoriali

14.1 Strumenti di *operations management* per il dimensionamento dei servizi territoriali

I nuovi modelli di assistenza territoriale pongono numerose sfide da un punto di vista di programmazione sanitaria, specialmente per ciò che concerne le risorse umane impegnate nella gestione e nell'erogazione dei servizi nei setting previsti dal DM 77/22. Come è noto, i finanziamenti legati al PNRR prevedono la possibilità di fare investimenti solo in conto capitale, e non è quindi possibile fare uso delle risorse europee per nuovo personale da impiegare presso le CdC, gli OdC e le COT. Come visto nel Capitolo 13 del presente volume (a cui si rimanda per un approfondimento sui temi strettamente legati alla gestione del personale), i vincoli relativi all'aumento di risorse umane non riguardano solo la mancanza di finanziamenti, ma anche la scarsità delle professionalità necessarie (Del Vecchio *et al.*, 2022). A fronte di tale carenza, assume grande rilevanza un'accurata programmazione delle prestazioni da erogare (target, frequenza, durata, mix di personale impiegato), che deve tenere conto di quali siano le possibilità in termini di input utilizzabili nei nuovi setting, al fine di disegnare servizi che siano coerenti con la capacità produttiva effettivamente disponibile. Si tratta quindi di partire da un'analisi delle risorse disponibili per definire il dimensionamento dei servizi e rispondere nel miglior modo possibile ai bisogni dei pazienti. A scopi illustrativi, si fa riferimento ai processi di erogazione «fisica» dei servizi per illustrare i messaggi principali per il lettore. È chiaro, come verrà evidenziato nelle conclusioni, che il ragionamento qui proposto è replicabile anche in un modello erogativo multicanale che associ al modello tradizionale di offerta quello della telemedicina (termine ombrello all'interno del quale vi sono servizi molto differenti). In questo senso, le logiche di programmazione e quelle di gestione operativa (il cosiddetto *operations management*) possono essere un utile approccio per definire la capacità produttiva, i target di pazienti e l'intensità assistenziale che è possibile garantire. Il presente capitolo esplora il tema dell'applicazione di strumenti di *operations management* (OM) nel setting CdC, offrendo una simulazione che permette di riflettere sulle logiche programmatiche e sulle sfide che ne derivano.

14.1.1 Operations management e dimensionamento dei servizi in sanità

Per programmare il dimensionamento dei servizi territoriali è utile far riferimento alle tecniche di OM. Sebbene di tratti di due funzioni aziendali distinte, in questa sede si propone una prospettiva integrata per le seguenti ragioni:

- i processi di programmazione e controllo governano l'allocazione delle risorse attraverso il sistema delle responsabilità. La rete dei servizi territoriali è ricompresa all'interno della macro articolazione del distretto socio-sanitario, che spesso rappresenta la responsabilità organizzativa i

cui obiettivi collassano sui fini che il quadro normativo definisce (quello nazionale, ma soprattutto quello regionale). In media, nelle aziende sanitarie, l'operato del distretto sociosanitario è misurato rispetto alle risorse impiegate (in processi erogativi interni o di altri soggetti) per la domanda di servizi della popolazione di riferimento;

- grande attenzione è sempre stata riservata agli interventi personalizzati che gli operatori territoriali erogano in ragione del target di riferimento e della eterogeneità dei setting di cura. Si tratta di una caratteristica endemica del modello erogativo territoriale che ha legittimato una difficile standardizzazione dei processi di erogazione e una eterogeneità di modelli di gestione dei servizi (si pensi, per esempio, alle diverse procedure tra distretti nell'attivazione di alcuni servizi o all'assenza di liste uniche di accesso). Il sistema dei vincoli e il quadro della domanda di servizi, introdotti nei capitoli di apertura, evidenziano come il coordinamento dei processi erogativi risulti un tema cruciale nella gestione dei percorsi di cura per le patologie croniche: essi periodicamente devono combinare servizi di diagnostica e attività cliniche per il continuo follow up. Il coordinamento, oltre che tra attività diverse, coinvolge filiere professionali diverse arrivando a progettare interventi a domicilio nel caso della multi patologia, della grande fragilità o della disabilità. L'OM offre una prospettiva di allineamento (quale elemento di fondo per arrivare in alcuni casi a modelli di standardizzazione) nell'uso degli *asset* aziendali allo scopo di progettare una prospettiva unitaria di erogazione (rispetto al funzionamento d'azienda) e di meglio coordinare l'insieme dei processi di erogazione tra più setting di cura per rispondere ai bisogni più complessi.

L'OM è definito come «l'insieme di procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'azienda mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto» (Davies e Walley, 2000; Langabeer, 2008). L'obiettivo primario dell'OM è di progettare e organizzare le attività aziendali e i processi in modo tale che la produzione dell'output finale risulti efficiente, ossia senza sprechi di risorse, ed efficace, ossia capace di rispondere ai bisogni e alle attese dei pazienti (Villa, 2012). L'OM è stato tipicamente utilizzato per progettare, dirigere e controllare sistematicamente i processi che trasformano degli input (tutte le tipologie di risorse e di condizioni erogative) in servizi e prodotti per i clienti (Krajewski *et al.*, 2015). Il dimensionamento dei servizi (definizione di mix e numerosità degli utenti e relativa intensità del servizio offerto) e della capacità produttiva (personale, tecnologie e spazi) è il cuore di approcci come la programmazione e controllo della produzione e dell'OM (Davies e Walley, 2000). Il dimensionamento dei servizi correla con la programmazione della capacità produttiva, ovvero il personale,

le tecnologie e le infrastrutture dedicate a un servizio e ai relativi utenti, da cui discende il costo e la spesa dei servizi stessi (Langabeer, 2008). Il dimensionamento, in altri termini, programma e controlla l'equilibrio tra servizi offerti e capacità erogativa installata e finanziabile (Cifalinò e Villa, 2016).

Le logiche di OM sono tradizionalmente state adottate nell'ambito delle imprese di produzione e solo di recente hanno iniziato a essere applicate anche nel contesto delle aziende sanitarie. La gestione operativa si è diffusa anche nel settore sanitario in quanto le aziende del comparto sono state sottoposte a pressioni sia esterne sia interne per garantire l'equilibrio finanziario, migliorare l'efficienza nella gestione delle risorse produttive aziendali, riorganizzare l'attività dei professionisti in modo coerente con i flussi dei pazienti, gestire le attività sanitarie in modo più efficace e offrire ai pazienti percorsi di cura più fluidi e con un alto valore aggiunto (Fenech *et al.*, 2017). In ambito sanitario, la gestione operativa mira a massimizzare l'efficienza produttiva e la soddisfazione del paziente, riducendo i tempi dei processi. Questo obiettivo viene raggiunto da un lato attraverso la massimizzazione della produttività dei professionisti e delle piattaforme produttive (riducendo la frammentazione dei processi di fruizione, come la suddivisione tra i luoghi, gli operatori e i tempi) e dall'altro offrendo un'esperienza di consumo ottimale e migliorando il benessere organizzativo per gli operatori. A livello italiano, uno studio condotto da Fenech e colleghi (2017) ha esaminato la diffusione dell'OM nelle aziende sanitarie pubbliche italiane, individuando 37 aziende dove sono state sviluppate logiche di OM a partire dal 2016 (Fenech *et al.*, 2017). Nel Rapporto OASI dell'anno successivo, gli stessi autori hanno sottolineato l'assenza di sviluppo di queste logiche relativamente alle questioni territoriali, come per esempio nell'ambito del funzionamento dei distretti e dipartimenti, sottolineando la necessità di applicarle a questi contesti (Fenech *et al.*, 2018). Inoltre, uno studio condotto da Cifalinò e Villa (2016) ha analizzato i flussi logistici nell'assistenza territoriale, individuando tre aree rilevanti per il loro ripensamento: l'assistenza domiciliare, l'assistenza protesica e la gestione della rete dei magazzini. Tra le principali criticità emerse dallo studio si riscontravano la difficoltà di programmazione della domanda, la problematicità del coordinamento dei processi logistici e la variabilità e frammentarietà dei processi. Definire il dimensionamento dei servizi significa programmare il mix di utenti attesi, la loro numerosità e dell'intensità assistenziale media che si intende garantire. Il dimensionamento dei servizi correla 6 variabili fondamentali (Longo *et al.*, 2021):

1. il numero dei pazienti presi in carico;
2. il mix dei pazienti (quali patologie e quali stadi di patologia);
3. l'intensità assistenziale garantita per tipologia di pazienti;
4. il mix di personale impiegato;
5. il mix tra produzione diretta e co-produzione autonoma dell'utente o del suo caregiver;

6. il tasso di copertura del bisogno epidemiologico rilevato.

14.1.2 Operations management e dimensionamento dei servizi nei setting di assistenza territoriale

La letteratura indica che l'utilizzo delle logiche di OM sta diventando sempre più rilevante in Italia, soprattutto nei contesti ospedalieri. Tuttavia, si osserva una mancanza di applicazione di queste logiche nei setting di assistenza territoriale, sia nei dibattiti scientifici sia nell'esperienza pratica. L'assenza di utilizzo di logiche di gestione operativa per fare programmazione dei servizi territoriali risulta critica se si considera l'ampio sviluppo atteso soprattutto delle CdC, che hanno subito un'importante spinta grazie al PNRR e al DM 77/22. I servizi territoriali del SSN sono storicamente poco familiari ad approcci di dimensionamento e di gestione operativa, prevalendo logiche valoriali e modellistiche astratte: questa è una delle possibili spiegazioni per l'insufficiente tasso di successo attuativo e soprattutto della difficoltà a rendicontare cosa si è prodotto (Fenech *et al.*, 2017). Una delle cause della difficoltà ad adottare schemi di dimensionamento nei servizi territoriali, oltre l'estraneità culturale di questi strumenti, è l'impatto che hanno sulle politiche sanitarie locali o di distretto. La gestione operativa, fisiologicamente, mostra in modo robusto e inequivocabile la distanza tra i bisogni (soprattutto sui target cronicità e fragilità) e la capacità produttiva disponibile (Fenech, 2018), determinate strutturalmente dal modesto finanziamento disponibile per il SSN (6,5% del PIL). Nonostante ciò, sono numerose le evidenze dell'efficacia di strumenti di OM nella programmazione dei servizi territoriali: uno studio del 2011 ha dimostrato che la mancanza della loro applicazione contribuisce a performance negative degli ambulatori, a causa di: a) forme di disallineamento tra il professionista sanitario che eroga il servizio e la tipologia di servizio erogato (il servizio non viene fornito dalla persona giusta); b) processi inefficienti che aumentano la durata e la variazione delle visite; c) scarsa programmazione e inadeguata pianificazione di domanda e offerta, che determinano carenza di *capacity*, bassa produttività e costi superiori (Bailey *et al.*, 2011).

È importante evidenziare che gli strumenti di OM aiutano a perseguire obiettivi diversi a seconda che siano applicati nel contesto ospedaliero o nel contesto territoriale. Nelle strutture ospedaliere, le logiche di OM mirano a massimizzare la saturazione della capacità produttiva, migliorare il flusso dei pazienti e concentrarsi su specifiche casistiche per migliorare le competenze cliniche. Nei servizi territoriali (che sono prevalentemente dedicati alla gestione delle patologie croniche), invece, l'obiettivo principale è stimare e programmare la capacità necessaria per profili professionali, regolare l'intensità dell'assistenza per garantire una presa in carico efficace, oltre a pianificare le priorità dei servizi per un'allocazione delle risorse capace di massimizzare il beneficio sociale complessivo nell'area della gestione delle cronicità. Le differenze nei due ambiti derivano

dal fatto che nei contesti ospedalieri il paziente viene assimilato a un «oggetto» di processo produttivo, mentre nei contesti territoriali prevalgono i processi erogativi di servizi in cui il paziente è considerato un co-produttore. Inoltre, la gestione operativa per i pazienti ambulatoriali si differenzia da quella per i pazienti ricoverati in ospedale, poiché il focus si sposta dalla semplice ottimizzazione produttiva all'attenzione alla *patient experience*, all'*empowerment* dei pazienti per garantire una maggiore *compliance* alle terapie e uno stile di vita corretto, alla personalizzazione dei servizi in base alle competenze cognitive e sociali dei pazienti e all'attiva partecipazione dei *caregiver* familiari per sostenere il paziente nel processo di autocura. In generale, l'OM in ambito sanitario si basa su una continua ottimizzazione dei processi per migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza offerta, sempre mantenendo al centro l'obiettivo di soddisfare le esigenze del paziente (Zazzera e Longo, 2018).

14.2 Come applicare le logiche di *operations management* nei setting di assistenza territoriale?

14.2.1 Un modello di dimensionamento dei servizi nella Casa della Comunità

Come visto, l'OM può rivelarsi molto utile per definire il dimensionamento dei servizi di assistenza territoriale. Un lavoro pubblicato nel 2018 da Longo e Zazzera propone un modello di dimensionamento dei servizi applicato al setting ambulatoriale della CdC, mostrato in Tabella 14.1. Il modello permette di stimare la *capacity* (intesa come la quantità e il mix di personale) necessaria per prendere in carico la popolazione di riferimento di una CdC. Il modello può essere utilizzato sia per calcolare la differenza tra la capacità produttiva di una CdC già operativa e la domanda potenziale di servizi (considerando l'ipotesi di una presa in carico universalistica), sia per definire in modo prospettico il suo dimensionamento alla luce delle risorse disponibili. Si precisa che il modello è una simulazione sulla CdC ma può essere traslato su altri *asset* e setting.

Il modello è stato sviluppato e testato nel contesto emiliano romagnolo, tramite un focus group che ha coinvolto quindici *policy maker* sanitari selezionati dalla Regione in qualità di esperti di cure primarie e di cronicità. I focus group si sono inseriti in un percorso di pianificazione regionale delle cure intermedie e gli esperti hanno fornito informazioni sulla dotazione di personale della Regione, validato il modello e identificato i *cluster* di pazienti coerenti con il target prioritario delle CdC fornendo stime sulla frequenza e sulla durata degli accessi dei pazienti (Zazzera e Longo, 2018). Il modello utilizza per un ipotetico contesto di CdC in Emilia-Romagna i dati di prevalenza sulla cronicità derivati dalle analisi ISTAT e le applica al bacino di riferimento medio di una CdC emiliano romagnola che, all'epoca del lavoro, corrispondeva a circa 60.000 abitanti. È importante specificare che il modello può essere applicato a qualsiasi altro bacino di utenza – per esempio, è possibile ripetere l'esercizio considerando il

bacino di riferimento delle CdC Hub indicato dal DM 77/22 di 40-50.000 abitanti (o quello, inferiore, di una CdC Spoke).

Il modello in Tabella 14.1 stima l'assistenza per le diverse categorie di utenti da parte di MMG, specialisti e infermieri. L'offerta è stata ipotizzata per i principali cluster di utenti in ragione dei servizi definiti come obbligatori nelle CdC (si rimanda al Capitolo 5 del presente volume per un approfondimento sulle CdC) ovvero a) pazienti cronici mono-patologici; b) pazienti cronici pluri-patologici; c) pazienti anziani non autosufficienti (*long term care*); d) pazienti che necessitano di assistenza per il fine vita. I professionisti individuati rappresentano le categorie che già nel 2018 erano le più frequenti nelle CdS e che sono state riconfermate dal DM 77/22, che fa specifico riferimento alla presenza della specialistica ambulatoriale, dell'infermieristica (h12, 7 giorni su 7) e della medicina generale (tutte le aggregazioni dei MMG e PLS, ovvero le AFT e le UCCP, sono ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure essendo collegate funzionalmente).

Tabella 14.1 Il modello di programmazione della Casa della Comunità

		CATEGORIA DI PROFESSIONISTI					
		(a) Pazienti		(b) MMG/Specialista/Infermiere			
CATEGORIA DI PAZIENTI	Cluster della cronicità	Num. Pazienti	Num. Visite Mese	Num. Prestazioni	Tempo Visita	Tempo Lavoro (in ore)	
		Cronici mono-patologici					
		Cronici pluri-patologici					
		Long Term Care					
		Fine Vita					
				(1) Tot. Tempo Lavoro necessario per copertura universalistica cronicità (in ore)			
			(2) Fabbisogno di FTE per copertura universalistica (hp ipotesi 120 ore al mese di visite per FTE)				
			(3) Capacity di personale AS IS				
			(4) Delta personale TO BE per raggiungere il fabbisogno di FTE per copertura universalistica (2)				

Fonte: Zazzera e Longo, 2018

Gli autori hanno applicato il modello a tre diversi scenari, modificando l'intensità assistenziale e il numero di pazienti presi in carico, al fine di fare alcune riflessioni sul dimensionamento dei servizi. Nei paragrafi successivi, vengono discussi i tre scenari.

14.2.1.1 Scenario 1: modello a intensità assistenziale standard

Nel primo scenario mostrato in Tabella 14.2 viene simulato un modello di intensità assistenziale standard di una CdC con un bacino di riferimento di 60.000 abitanti. In particolare:

- i dati relativi ai pazienti applicano le percentuali ISTAT del 2018 al bacino di riferimento della CdC:
 - 19% di popolazione con solo una malattia cronica;
 - 21% di popolazione con più di una malattia cronica (al totale sono sottratte le persone non autosufficienti e le persone con necessità di cure di fine vita, ovvero i due *cluster* successivi);
 - 5% di persone con bisogni LTC;
 - 1% della popolazione in fine vita (dati sulla mortalità annua);
- i dati relativi al numero e alla durata delle visite svolte al mese da MMG, specialista e infermiere sono stati validati con il panel di esperti *policy maker* coinvolti nel progetto. Nel modello, questi vengono moltiplicati per il numero di pazienti di ciascun *cluster* al fine di individuare il tempo totale di lavoro al mese (espresso in ore) per ciascun professionista;
- il tempo totale di lavoro di MMG, infermieri e specialisti viene diviso per 120, adottando l'ipotesi che ciascun professionista lavori 120 ore al mese esclusivamente per i pazienti cronici o fragili. Questo permette di individuare la *capacity* necessaria, ovvero le unità di personale che sarebbero necessarie a coprire il totale delle ore di lavoro mensili, nell'ipotesi di presa in carico universalistica;
- nel caso di applicazione del modello a un contesto di nuova attivazione i calcoli si possono fermare alla stima della *capacity* necessaria. Se invece l'intento è quello di confrontare la *capacity* necessaria con quella già esistente nel caso, per esempio, di una CdC già attiva, è possibile confrontare i due numeri ottenendo così la differenza che mostra il gap di *capacity* necessaria.

Il primo scenario (Zazzera e Longo, 2018) utilizza un'intensità assistenziale standard, rappresentando la situazione più simile alla realtà dei servizi, che risulta verosimile sia in termini di frequenza che di durata delle prestazioni. Le ipotesi fatte in questo modello prevedono che il paziente mono-patologico sia visitato dal MMG una volta ogni due mesi, dal medico specialista una volta ogni sei mesi e dall'infermiere una volta al mese. Le visite durerebbero 15 minuti con MMG e 20 minuti con specialista e infermiere. Il paziente cronico con più di una patologia verrebbe visitato una volta al mese da MMG e infermiere e una volta ogni 3 mesi dallo specialista (la durata delle visite è la stessa dei pazienti mono-patologici). I pazienti non autosufficienti verrebbero visitati due volte al

mese da MMG e infermiere per 1 ora (questo tempo tiene conto dello spostamento da/per il domicilio) e una volta ogni 3 mesi dallo specialista per 20 minuti. Infine, i pazienti in fine vita vedrebbero il MMG e l'infermiere una volta a settimana per 1 ora e il medico specialista due volte al mese, sempre per 1 ora. Secondo queste ipotesi, svolgendo i calcoli (moltiplicando quindi il numero di visite al mese per il numero dei pazienti e per il tempo delle visite), sarebbero necessarie in totale 11.175 ore al mese di lavoro dei MMG, 2939 ore di lavoro degli specialisti e 14.333 ore di lavoro degli infermieri, che corrispondono (dividendo questi fabbisogni totali per 120) a 93 MMG, 24 specialisti e 119 infermieri. Si nota come a fronte della dotazione di personale esistente in Emilia-Romagna al momento della stesura dell'articolo, per garantire una presa in carico universalistica (ovvero offrire servizi a tutti i pazienti con un'intensità assistenziale adeguata) sarebbero stati necessari 53 MMG, 5 specialisti e 80 infermieri aggiuntivi.

Tabella 14.2 Scenario 1: modello a intensità assistenziale standard

Pazienti		MMG				Specialista				Infermiere					
Cat.	Num.	Visite Mese	Num. Visite Tot. Mese	Tempo Visita (min)	Tempo Lavoro Tot. (ore)	Visite Mese	Num. Visite Tot Mese	Tempo Visita (min)	Tempo Lavoro Tot. (ore)	Visite Mese	Num. Visite Tot Mese	Tempo Visita (min)	Tempo Lavoro Tot. (ore)		
Mono	11.400	0,5	5.700	15	1.425	0,36	1.824	20	608	1	11.400	20	3.800		
Pluri	9.400	1	9.400	15	2.350	0,33	3.102	20	1.034	1	9.400	20	3.133		
ETC	2.700	2	5.400	60	5.400	0,33	891	20	297	2	5.400	60	5.400		
FV	500	4	2.000	60	2.000	2	1.000	60	1.000	4	2.000	60	2.000		
Tot tempo lavoro MMG (ore/mese)					11.175	Tot tempo lavoro specialista (ore/mese)					2.939	Tot tempo lavoro infermiere (ore/mese)			14.333
Capacity (MMG) necessaria (ipotesi 120 ore/mese)					93	Capacity (specialista) necessaria (ipotesi 120 ore/mese)					24	Capacity (infermiere) necessaria (ipotesi 120 ore/mese)			119
Capacity (MMG) esistente					40	Capacity (specialista) esistente					19	Capacity (infermiere) esistente			39
Differenza tra capacity esistente e necessaria					53	Differenza tra capacity esistente e necessaria					5	Differenza tra capacity esistente e necessaria			80

Fonte: riadattato da Zazzera e Longo, 2018

14.2.1.2 Scenario 2: modello a intensità assistenziale minima

Nell'ipotesi di un'impossibilità di aumento delle risorse umane disponibili per colmare il gap tra la *capacity* esistente e necessaria, il secondo scenario agisce modificando l'intensità assistenziale per garantire la presa in carico universalistica. In particolare, i dati del modello esposti nella Tabella 14.3 mostrano in che misura sarebbe necessario ridurre l'intensità assistenziale per garantire la copertura universalistica data la *capacity* esistente (risorse fisse). In questo scenario il paziente mono-patologico verrebbe visitato una volta ogni 6 mesi dal MMG e dallo specialista e una volta ogni 3 mesi dall'infermiere. Il paziente pluri-patologico, invece, verrebbe visitato una volta ogni 3 mesi dal MMG e dallo specialista e una volta ogni 2 mesi dall'infermiere. Il paziente non autosufficiente sarebbe visitato una volta al mese dal MMG, una volta ogni 3 mesi dallo specialista e una volta ogni 2 mesi dall'infermiere. Infine, il paziente in fine vita sarebbe visitato due volte al mese dal MMG e una volta al mese dall'infermiere e dallo specialista. La frequenza delle visite diminuisce in media del 59% per il MMG, del 67% per gli infermieri e dello 0,13% per gli specialisti (solo nel caso

dei pazienti in fine vita viene applicata una riduzione della frequenza). Diminuendo la frequenza delle visite il fabbisogno si riduce a 4932 ore al mese di lavoro dei MMG, 2439 ore al mese di lavoro degli specialisti e 4671 ore al mese di lavoro degli infermieri, portando di conseguenza a una *capacity* necessaria di 41 MMG, 20 specialisti e 39 infermieri. Confrontando con le risorse disponibili in Emilia-Romagna all’epoca della stesura dell’articolo, per tutti e tre i professionisti il gap di *capacity* si riduce a circa zero. In questo modo viene quindi garantita la copertura universalistica, operando però una consistente riduzione dell’intensità assistenziale.

Tabella 14.3 Scenario 2: modello ad intensità assistenziale minima

Pazienti		MMG				Specialista				Infermiere						
Cat.	Num.	Visite Mese	Δ	Num. Visite Tot Mese	Tempo Visita (min)	Tempo Lavoro Tot [ore]	Visite Mese	Δ	Num. Visite Tot Mese	Tempo Visita (min)	Tempo Lavoro Tot [ore]	Visite Mese	Δ	Num. Visite Tot Mese	Tempo Visita (min)	Tempo Lavoro Tot [ore]
Mono	11.400	0,16	-68%	1.824	15	456	0,16	-	1.824	20	608	0,33	-67%	3.762	20	1.254
Pluri	9.400	0,33	-67%	3.102	15	776	0,33	-	3.102	20	1.034	0,5	-50%	4.700	20	1.567
LTC	2.700	1	-50%	2.700	60	2.700	0,33	-	891	20	297	0,5	-75%	1.350	60	1.350
FV	500	2	-50%	1.000	60	1.000	1	-50%	500	60	500	1	-75%	500	60	500
		Tot tempo lavoro MMG (ore/mese)				4.932	Tot tempo lavoro specialista (ore/mese)				2.439	Tot tempo lavoro infermiere (ore/mese)				4.671
		Capacity (MMG) necessaria (potenz. 120 ore/mese)				41	Capacity (specialista) necessaria (potenz. 120 ore/mese)				20	Capacity (infermiere) necessaria (potenz. 120 ore/mese)				39
		Capacity (MMG) esistente				40	Capacity (specialista) esistente				19	Capacity (infermiere) esistente				39
		Differenza tra capacity esistente e necessaria				-1	Differenza tra capacity esistente e necessaria				-1	Differenza tra capacity esistente e necessaria				0

Fonte: riadattato da Zazzera e Longo, 2018

14.2.1.3 Scenario 3: modello con ipotesi riduzione *cluster* di pazienti

Nel terzo scenario proposto, a fronte di risorse (impossibilità di aumentare il personale disponibile) e intensità assistenziale fisse, per ridurre la differenza tra *capacity* necessaria e disponibile si è intervenuti sul numero di pazienti presi in carico. In questo modo è possibile ipotizzare quante persone dovrebbero essere prese in carico a fronte delle risorse disponibili e con un’intensità assistenziale allineata agli standard abbandonando, tuttavia, l’ipotesi di copertura universalistica. La Tabella 14.4 mostra quale tipo di riduzione sarebbe necessario operare: 54% di pazienti in meno presi in carico dal MMG, 22% di pazienti in meno presi in carico dagli specialisti e 67% di pazienti in meno presi in carico dagli infermieri. Lo scenario del terzo modello dimostra che con la disponibilità di risorse che al tempo della simulazione erano disponibili in Regione Emilia-Romagna, per garantire un’adeguata intensità assistenziale sarebbe stato necessario ridurre i pazienti presi in carico andando a inficiare la copertura universalistica che in questo modo non sarebbe stata garantita.

Tabella 14.4 Scenario 3: modello con riduzione *cluster* pazienti

Pazienti		MMG						Specialista						Infermiere					
Cat.	Num.	Num Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Visite Tot	Tempo Lavoro Tot (ore)	Num Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Visite Tot	Tempo Lavoro Tot (ore)	Num. Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Visite Tot	Tempo Lavoro Tot (ore)			
Mono	11.400	5.500	52%	0,5	2.750	15	688	7.000	39%	0,16	1.120	20	373	3.000	74%	1	3.000	20	1.000
Pluri	9.400	4.000	57%	1	4.000	15	1.000	6.500	31%	0,33	2.345	20	715	2.000	79%	1	2.000	20	667
LTC	2.700	1.000	63%	2	2.000	60	2.000	2.500	7%	0,33	825	20	275	1.000	63%	2	2.000	60	2.000
PV	500	280	44%	4	1.120	60	1.120	450	30%	2	900	60	900	250	50%	4	1.000	60	1.000
		Tot tempo lavoro MMG (ore/mese)				4.808	Tot tempo lavoro specialista (ore/mese)				2.263	Tot tempo lavoro infermiere (ore/mese)				4.567			
		Capacity (MMG) necessaria (pazienti 120 ore/mese)				40	Capacity (specialista) necessaria (pazienti 120 ore/mese)				29	Capacity (infermiere) necessaria (pazienti 120 ore/mese)				39			
		Capacity (MMG) esistente				40	Capacity (specialista) esistente				29	Capacity (infermiere) esistente				39			
		Differenza tra capacity esistente e necessaria				0	Differenza tra capacity esistente e necessaria				0	Differenza tra capacity esistente e necessaria				0			

Fonte: riadattato da Zazzera e Longo, 2018

14.2.2 Fattori critici di successo per l'uso di strumenti di dimensionamento dei servizi e delle capacity

Secondo Longo *et al.* (2021), cinque sono le variabili che permettono un corretto dimensionamento dei servizi:

- esplicitare le priorità di target e di *cluster* da servire e la loro relativa modalità e intensità assistenziale;
- considerare realisticamente la disponibilità di risorse finanziarie, sia di spesa corrente, sia di spesa in conto capitale, in un orizzonte temporale pluriennale;
- considerare realisticamente le dotazioni di personale disponibile sul mercato, in un'epoca di *shortage* sia dei medici, sia delle professioni sanitarie, con una proiezione di medio e lungo periodo;
- attivare competenze e sensibilità sul dimensionamento dei servizi, risorse e personale sia a livello di assessorati, sia a livello di aziende sanitarie integrate con le funzioni di programmazione e di *service design*;
- costruire gli strumenti di dimensionamento al livello ASL e usarli a livello decentrato a livello di distretti, dipartimenti e presidi.

Il dimensionamento dei servizi e della capacità produttiva richiede la definizione di priorità allocative per gestire la cronicità, il che rappresenta sia un'opportunità sia una minaccia. Da un lato, ciò offre alle parti interessate e ai responsabili della gestione la possibilità di condividere le interpretazioni degli scenari e di simulare gli effetti delle politiche; d'altra, sottolinea la difficoltà di realizzare l'universalità della presa in carico.

14.3 Una riconfigurazione dei modelli erogativi per il perseguimento dei fini universalistici del SSN

Le simulazioni effettuate dimostrano che le necessità assistenziali delle patologie croniche superano la *capacity* professionale disponibile. Questo rappresenta una criticità anche nelle tre ipotesi di lavoro considerate che risultano abbastanza

conservative: l'ipotesi di 120 ore di lavoro al mese per MMG, infermieri e specialisti è generosa, l'intensità assistenziale definita come standard è modesta e non considera i bisogni socioassistenziali dei pazienti e la dotazione di personale presa come riferimento è quella della Regione Emilia-Romagna, che è tra le regioni con il maggior numero di risorse umane. Tuttavia, è possibile modificare parzialmente gli scenari includendo alcune considerazioni, ovvero immaginando di perseguire la copertura universalistica senza agire sulle risorse disponibili. Questi correttivi includono alcune ipotesi (Longo *et al.*, 2021): a) il 20% di prestazioni specialistiche sono verosimilmente erogate in setting ospedalieri; b) alcuni i pazienti o i loro *caregiver* potrebbero svolgere in autonomia la funzione di *case management* grazie anche a strumenti digitali, liberando tempo lavoro degli infermieri; c) le farmacie di servizio potrebbero essere coinvolte per fare una parte di *case management* (per esempio per il controllo delle aderenze alle terapie), sotto il coordinamento delle CdC; d) i compiti di medici, infermieri e altre professioni sanitarie potrebbero essere ridefiniti, secondo una logica di *skill mix change*, almeno spostando parte delle attività erogate per i cronici dalle figure cliniche agli infermieri o altre professioni sanitarie; e) sarebbe possibile costruire dei modelli di interscambio delle informazioni e degli esiti tra prestazioni ambulatoriali acquistate privatamente dai pazienti e quelle erogate dalle aziende del SSN.

Si tratta di interventi che intrecciano la riflessione manageriale sui processi erogativi locali con le *policy* che le regioni e il livello centrale riescono ad assumere. Le opzioni di *policy* che è possibile ipotizzare sono le seguenti:

- trasferire servizi (e per conseguenza risorse) dal setting ospedaliero a quello territoriale, sapendo che anche il primo è oggi in grande affanno di risorse, come dimostrano le liste di attesa. Questo scenario non è asettico rispetto a una valutazione sull'appropriatezza delle prestazioni richieste e sull'analisi dei processi di prescrizione, prenotazione e accesso;
- ridurre l'intensità (numerosità e frequenza) delle risposte ai bisogni del paziente cronico. Si tratta di un'opzione che può essere progettata anche in modo selettivo su target specifici per avviare questo processo trasformativo che impatta in modo molto forte e diretto sulle attese non solo dei pazienti ma anche dei professionisti del sistema;
- delimitare il numero dei pazienti in carico attraverso servizi finanziati direttamente dal soggetto pubblico (introducendo parziali logiche di universalismo selettivo) e integrare i consumi sanitari privati, intermediati o *out of pocket*. Si tratta di una trasformazione dei difficili equilibri sia sul piano realizzativo sia su quello delle percezioni e attese della collettività;
- aumentare la possibilità per i pazienti e per i soggetti che alimentano il capitale sociale dei territori di agire come co-produttori, anche grazie al

supporto degli strumenti digitali. Il substrato realizzativo di questa opzione di *policy* è quello di una cultura sulla salute di tipo collettivo che inquadra la risposta ai fenomeni sanitari all'interno delle comunità e alle loro spinte collaborative e coesive.

14.4 Alcune riflessioni conclusive

Il DM 77/2022 induce implicitamente approcci e strumenti legati alla gestione della gestione operativa. In primo luogo, pone l'attenzione sui processi di integrazione tra servizi attraverso le seguenti soluzioni: le COT hanno questa come missione anche se il target prioritario di riferimento non intercetta tutti i casi cronici ma solo quelli più complessi; il numero 116.117 fa da «antenna» rispetto a questioni che gli stessi pazienti cronici hanno necessità di gestire, orientando l'utente; le CdC promuovono l'integrazione multiprofessionale attraverso la concentrazione fisica dell'offerta e l'integrazione tra più interventi sul medesimo caso. Si tratta di esempi che rappresentano risposte nuove o rinnovate che potranno funzionare se i diversi nodi della rete dei servizi avranno sviluppato modelli unitari di gestione. L'integrazione tra setting ospedalieri e territoriali a cui la COT fa riferimento sarà efficace se le procedure di attivazione dei servizi saranno unitarie su scala aziendale e se sarà nota la *capacity* erogativa, sia in termini di volumi sia di tempi di attivazione dei servizi. Il modello proposto nel presente contributo offre una traccia di riferimento in risposta ai fabbisogni operativi legati alla implementazione e al funzionamento dell'offerta territoriale così come il DM 77/2022 la disegna. Come proposto per le CdC, anche il funzionamento degli OdC e delle COT può trovare nella programmazione delle attività da erogare e nelle condizioni operative dei processi le sue prerogative di fattibilità ed efficacia. Infatti, *mutatis mutandis*, anche per esse risulta cruciale la definizione del target, non solo come profilo di riferimento ma anche come popolazione effettiva; di conseguenza, l'intensità dell'intervento e la loro frequenza sono legate in parte al target effettivo territorio per territorio (tipologia di bisogni e numerosità) e in parte alle condizioni operative dei processi erogativi (si pensi alla possibilità per la COT di fare committenza sui setting di destinazione, impensabile in assenza di un modello di gestione operativa che garantisca modelli unitari di gestione degli *asset* fisici).

Una seconda riflessione riguarda il fatto che modelli di gestione operativa rappresentano una garanzia potenziale di equità di accesso in un contesto in cui la retorica della personalizzazione rischia di produrre iniquità e fenomeni di selezione avversa. L'accesso alla filiera dei servizi territoriali è spesso definito da pratiche e procedure che limitano la gestione delle interdipendenze nel caso in cui la risposta a un bisogno richieda una pluralità di competenze, atti o servizi. Spesso accade che sia le pratiche sia le procedure per avere accesso alle cure siano

diverse da distretto a distretto e anche tra aziende. Quindi, la gestione delle cosiddette interfacce si rivela in alcuni casi così complessa da rendere inaccessibili i servizi quantomeno rispetto ai tempi attesi. Riorganizzare i modelli operativi dell'offerta ambulatoriale (per esempio nelle CdC), delle cure intermedie, della domiciliarità, delle UVM, su scala aziendale e con logiche di gestione unitaria può rappresentare una condizione di potenziale equità nell'accesso.

La terza riflessione riprende quanto illustrato nel Capitolo 6 del presente volume: la presa in carico per le patologie croniche (e non solo) è il frutto sia della selezione dei servizi (che sulla base della valutazione clinica rispondono ai bisogni di diagnosi e cura) sia delle condizioni di accesso a essi. «Dove si prescrive, si prenota» è uno slogan che rende chiara l'idea che a fronte di ogni valutazione clinica e clinico-assistenziale del paziente si deve associare un'azione nel presidio delle condizioni di accesso. Ciò è possibile solo se i processi erogativi si sviluppano in modo coordinato e integrato, condizione perseguibile se i modelli di gestione dei servizi hanno scale aziendali e procedure unitarie (per esempio, le liste di accesso ai servizi).

La quarta riflessione riguarda il fatto che il DM 77/2022 punta sulla prossimità come condizione di erogazione delle cure per la popolazione cronica aggiungendo il prezioso ingrediente dell'integrazione professionale (multiprofessionalità), organizzativa (coordinamento degli interventi) e logistica (concentrazione fisica dell'offerta). In uno scenario popolato da grande tensione sul personale (di qualsiasi tipologia e natura), l'offerta dei servizi distrettuali deve dimostrare efficacia nel soddisfare i bisogni di specifiche popolazioni, ma i fattori produttivi (per usare una etichetta sufficientemente lasca) non potranno essere stanziati in ciascun sito erogativo, ma funzionali tra più sedi. Come far muovere alcuni professionisti tra più sedi della CdC, piuttosto che come organizzare la distribuzione dei farmaci a domicilio, sono atti erogativi da valutare a seconda della qualità della domanda nei territori, ma le condizioni di efficienza potranno essere presidiate solo dalle scale operative aziendali e non locali. Si tratta di una sfida che richiede competenze e strumenti di gestione operativa da sviluppare sui setting di offerta territoriali.

In conclusione, è tempo di sviluppare approcci, strumenti e competenze di gestione operativa sulle filiere territoriali che potranno ispirarsi all'esperienza consolidata in ospedale ripensandone, però, le logiche di fondo. Per esempio, per valorizzare la concentrazione fisica dei servizi della CdC è possibile immaginare l'organizzazione di pacchetti erogativi per target di pazienti comorbidi che si basano su indagini dei flussi e dei modelli erogativi locali per costruire agende dedicate e che si interrogano su quanti sono i pazienti, quali condizioni patologiche croniche devono essere gestite, quali prestazioni possono essere programmate ed erogate all'interno del medesimo accesso. Si tratta di sfide importanti e affascinanti che rappresentano la strada dall'oggi al futuro, richiedendo un orizzonte di tempo di lavoro e di trasformazione di medio-lungo periodo.

15. L'ecosistema digitale territoriale

di Paola Boscolo e Francesco Longo

Fin dagli anni Novanta i sistemi informativi hanno assunto un ruolo centrale nella produzione e condivisione di informazioni, nella promozione di maggiori livelli di trasparenza sui processi decisionali, clinici, gestionali e politici, oltre che come strumento di integrazione e trasparenza tra diverse fasi e setting di cura, paventando la possibilità di erogare, un giorno, anche servizi a distanza. Oggi i tempi sono maturi per un'adozione su vasta scala di tecnologie digitali che abilitano la trasformazione dei modelli di servizio e la semplificazione amministrativa, soprattutto nel territorio per innovare i servizi rivolti ai pazienti cronici e fragili. La pandemia Covid-19, e successivamente il PNRR, hanno posto la digitalizzazione al centro delle strategie di crescita e rilancio dell'Italia e molte regioni italiane hanno già avviato percorsi di rinnovamento dei sistemi informativi sanitari. La tecnologia non manca, ma l'adozione nel territorio di soluzioni digitali richiede convinte collaborazioni tra i diversi stakeholder per un ripensamento profondo dei modelli organizzativi dell'ecosistema territoriale. Il capitolo presenta una riflessione sul ruolo della digitalizzazione nell'ambito dei servizi sanitari territoriali, con uno sguardo rivolto al passato ma soprattutto alle sfide e opportunità contemporanee.

Since the '90s, information systems have taken on a central role in the production and sharing of information, in promoting greater levels of transparency on decision-making, clinical, managerial and political processes, as well as tools for integration between different phases and settings of care, fearing the possibility of providing remote services one day. Today the time is ripe for a large-scale adoption of digital technologies that can enable the transformation of service models and administrative simplification, especially to innovate the services offered to chronic and fragile patients. The Covid-19 pandemic, and subsequently the National Recovery and Resilience Plan, have placed digitalization at the center of Italy's growth and almost all Italian regions have started paths of renewal of health information systems. Technology is not lacking, but the adoption of digital solutions in the territory requires intense collaboration between the various stakeholders for a profound rethinking of organizational models and the territorial ecosystem. The chapter presents a reflection on the role of digitalization in the field of territorial health services, with a look at the past but above all at contemporary challenges and opportunities.



Vediamo un po' come stanno i miei pazienti

15.1 La digitalizzazione a sostegno dell'innovazione dei servizi territoriali

Le tecnologie dell'informazione (ICT) hanno promosso innovazioni profonde negli ultimi vent'anni e ancora oggi guidano intensi processi di cambiamento in sanità, in particolare nei processi di *back office*, nelle relazioni esterne (con i pazienti, i professionisti, tra aziende e fornitori), e relativamente ai flussi informativi, clinici e amministrativi (Buccoliero *et al.*, 2002, 2005; Caccia, 2008; Boscolo *et al.*, 2019; Osborne *et al.*, 2022).

I processi di informatizzazione sono per certi versi ancora incompleti nel nostro Paese – si pensi, per esempio, come l'Italia sia tuttora il fanalino di coda dell'Europa nell'adozione delle cartelle cliniche elettroniche (Cucciniello *et al.*, 2016; Boscolo e Tarricone, 2022) e come molti dati siano ancora su carta o difficilmente fruibili, come testimonia oggi l'ambizioso e tanto atteso progetto nazionale sul FSE, che punta, da un lato, all'ammodernamento dell'infrastruttura tecnologica, dall'altro, alla formazione dei professionisti affinché sposino pienamente le logiche digitali di raccolta dati.

Come ormai largamente noto, la digitalizzazione è uno dei pillar del *Next Generation EU* e del PNRR. La Missione 6 del PNRR, dedicata alla Salute, ha previsto, in particolare, il miglioramento dell'assistenza di prossimità, nell'ambito delle cure primarie e intermedie, e l'ammodernamento tecnologico e digitale (Anessi Pessina *et al.*, 2021).

È chiaro l'impulso per l'adozione e il rinnovamento dei sistemi informativi delle strutture ospedaliere (DEA I e II livello), per ammodernare e uniformare i sistemi informativi in uso, per esempio per l'anatomia patologica, i laboratori analisi (LIS), i RIS PACS, i servizi trasfusionali, il 118, o ancora i modelli di gestione della logistica del farmaco. Ma anche il territorio, forse per la prima volta in modo così esplicito, è al centro delle recenti riforme, come conferma, oltre al PNRR, il DM 77, o le linee guida più recenti sulla telemedicina¹, altro punto fermo del PNRR e a cascata della programmazione nazionale e regionale. Nell'ambito dei servizi territoriali, emerge un livello di disomogeneità e frammentazione dei servizi enorme, ravvisando la presenza di una molteplicità di attori e setting di cura, dotati di strumenti informativi e procedurali differenti, sviluppati e utilizzati secondo una logica prestazionale a silos, per l'attivazione e l'erogazione di uno specifico servizio sanitario e sociale. Basti pensare che solo in Regione Lombardia si contano oltre 70 procedure², intese come servizi territoriali normati da un qualche decreto o delibera regionale, un numero estremamente elevato e corrispondente a prestazioni sanitarie e sociosanitarie il cui format erogativo a

¹ Dopo gli indirizzi susseguitisi in Italia dal 2014, la telemedicina è stata riconosciuta formalmente come modalità di erogazione dei servizi sanitari grazie all'approvazione nel novembre 2022 del DM contenente le «Linee guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio» - Gazzetta Ufficiale.

² Elaborazioni a cura degli autori su dati amministrativi di Regione Lombardia, 2022.

silos difficilmente le rende riconducibili a una logica di offerta olistica fondata sui bisogni complessi e correlati di un paziente (Rijken *et al.*, 2018).

I nuovi modelli organizzativi della sanità territoriale, ampiamente discussi nei precedenti capitoli, sono ancora oggetto di forte discussione e interpretazione nei diversi territori, ma si sottolinea come le CdC, le centrali operative 116 e 177, le COT e i centri servizi, le unità di continuità assistenziale, l'ADI, e, in particolare, i professionisti incaricati di sviluppare e interpretare nuove responsabilità e ruoli, a prescindere da quelle che saranno le interpretazioni e le scelte organizzative, non possono operare in modo efficace senza adeguati strumenti digitali, in particolare per la collaborazione e le connessioni all'interno dell'ecosistema dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali (Urbani *et al.*, 2021).

La digitalizzazione del territorio stimola un ripensamento dei modelli di servizio a vantaggio dei pazienti e dei meccanismi di coordinamento tra professionisti, ma presuppone un'informatizzazione estesa dei processi sanitari. Su queste basi, grazie a soluzioni tecnologiche già disponibili e spesso routine in altri settori (es: piattaforme, *video call*, strumenti di monitoraggio, sistemi di prenotazione online, *wearable device*, *IoT*, intelligenza artificiale, realtà virtuale e aumentata ecc.), consentirebbe di:

- raccogliere e condividere dati, ma soprattutto sistematizzarli alimentando uno *storage* di dati sanitari e amministrativi per singolo paziente utilizzabili tanto per la clinica quanto per la programmazione sanitaria e il *policy making*;
- sviluppare, grazie ai dati raccolti, sistemi di *business intelligence*, per esempio predittivi della domanda, di segmentazione degli utenti e prioritizzazione per una migliore allocazione delle risorse;
- reingegnerizzare i processi inter-professionali creando e valorizzando le forme di integrazione digitale tra servizi e setting di cura (ospedale, MMG, dipartimenti specialistici territoriali, CdC, presidi ambulatoriali, domicilio);
- sviluppare, grazie ai dati, approcci di sanità di iniziativa efficaci, con interventi personalizzati e basati sul reale bisogno di salute del singolo;
- adottare sistemi di supporto alle decisioni cliniche per facilitare la definizione di piani terapeutici individualizzati per le condizioni cliniche di maggiore prevalenza;
- adottare nuovi format di servizi (televisita, telemonitoraggio ecc.), nuovi contenuti di servizi (supporto e monitoraggio della aderenza alle terapie e ai corretti stili di vita) e nuovi strumenti di comunicazione bidirezionale con i pazienti (app, piattaforme digitali, *wearable* con connessioni automatiche con il SSN) che possono trasformare radicalmente le modalità tradizionali di erogazione dei servizi sanitari.

15.2 Verso un modello per la trasformazione digitale dei servizi territoriali

La digitalizzazione richiede tipicamente il bilanciamento tra sviluppo e sperimentazione, a livello locale, e il governo, a livello di sistema. Fino al 2020 ha prevalso un approccio *bottom up* alla digitalizzazione, secondo il quale, soprattutto per determinati target di pazienti e patologie, aziende sanitarie, unità organizzative e singoli professionisti hanno promosso soluzioni *ad hoc*, con approcci sperimentali e tecnologie spesso artigianali, sviluppate per casistiche specifiche, spesso senza attenzione all'interoperabilità dei silos informativi, senza sfruttare le possibili economie di scala garantite dalla diffusione e replica di sistemi e senza condividere, oltre alla tecnologia, le lezioni apprese nel *service design* e nel *change management*, di fatto contribuendo alla proliferazione di silos organizzativi (Bobini *et al.*, 2021). Lo scenario non è dissimile dal livello internazionale, dove proliferano soluzioni *ad hoc* e *device* per la gestione a distanza del paziente oncologico, diabetico o con patologie cardiovascolari con architetture a silos (es. Nasi *et al.*, 2015; Bobini *et al.*, 2021).

Numerose regioni e, in particolare, le direzioni regionali dei Sistemi Informativi, investite centralmente del compito di promuovere iniziative di digitalizzazione su larga scala per implementare il PNRR, si sono affrettate a partire dalla fine del 2021 nello sviluppo di indicazioni *top down* sulla digitalizzazione. Lo slancio di alcune regioni nello sviluppo di nuovi strumenti che potessero essere utilizzati sistematicamente da professionisti sanitari diversi (MMG, specialisti, infermieri e staff) in molteplici setting, a prescindere dall'assetto dei servizi, dalle competenze disponibili e dalla propensione all'innovazione, si è presto scontrato con la necessità di approfondire le specificità dei singoli contesti e setting locali che determinano la reale capacità di adozione e utilizzo dei nuovi strumenti digitali proposti centralmente, in particolare riuscendo davvero a modificare il format dei servizi e dei processi di coordinamento inter-professionali. L'elemento di maggiore criticità cognitiva e progettuale è contestualizzare e diversificare i servizi per le diverse categorie di pazienti: mono-patologici o pluripatologici, stabili o instabili, autosufficienti o in condizioni di LTC. Un ecosistema digitale territoriale integrato e unitario, richiede infatti declinazioni specifiche per i diversi *cluster* di condizioni di cronicità, di *literacy*, di stato sociale e residenziale (es. città *vs.* aree interne).

Pertanto, la definizione dei macro-processi da digitalizzare, e dei requisiti funzionali di specifici strumenti per la presa in carico di pazienti cronici e fragili, non può prescindere dal confronto con chi, nei presidi territoriali delle aziende sanitarie, negli ambulatori dei MMG, nei nuovi ospedali di comunità o nelle case di comunità, dovrà utilizzare questi strumenti.

Si presenta di seguito un *framework* logico per la trasformazione digitale dei servizi territoriali (Longo *et al.*, 2022), sviluppato grazie al confronto con

MMG, infermieri, futuri IFoC, direttori sociosanitari ed esperti dei sistemi informativi³, che può supportare lo sviluppo di soluzioni tecniche e facilitare le interconnessioni all'interno dell'ecosistema sanitario territoriale. I servizi del territorio, infatti, presentano ovunque esigenze di informatizzazione e digitalizzazione importanti, ma soprattutto di collegamento e semplificazione di processi spesso ridondanti e scarsamente integrati. Professionisti differenti intervengono spesso sullo stesso caso senza avere informazioni sullo storico del paziente, senza conoscere compiutamente il piano assistenziale impostato o senza la possibilità di monitorare nel tempo il suo percorso, l'evoluzione del suo stato di malattia, o l'aderenza a un piano terapeutico. Il *framework* adotta una prospettiva olistica rispetto ai bisogni del paziente e alle fasi del *continuum of care*, ponendo particolare attenzione sui processi di prevenzione, sui pazienti cronici e fragili e sulle nuove modalità di accesso e fruizione per tutti i pazienti occasionali previste dal DM 77. Esaminando l'offerta di servizi territoriali in più regioni italiane, le fasi e i macro-processi che più necessitano di un ridisegno, in chiave digitale, sono:

- l'accesso e il reclutamento dei pazienti ai servizi e ai programmi di prevenzione;
- i modelli di presa in carico e di *case management*;
- i modelli di programmazione e prenotazione delle prestazioni e dei setting di cura;
- le modalità di dialogo e scambio di informazioni tra cittadino e SSN.

Da questo elenco traspare come l'agenda di innovazione non possa articolarsi per patologie o per setting assistenziali, ma piuttosto per processi di fruizione, di erogazione e comunicazione con e per il cittadino o paziente, proprio per proporre uno sguardo di analisi e di progettazione diverso dall'esistente e maggiormente capace di innovazioni profonde, ad alto valore aggiunto sociale e professionale, in grado di migliorare gli esiti.

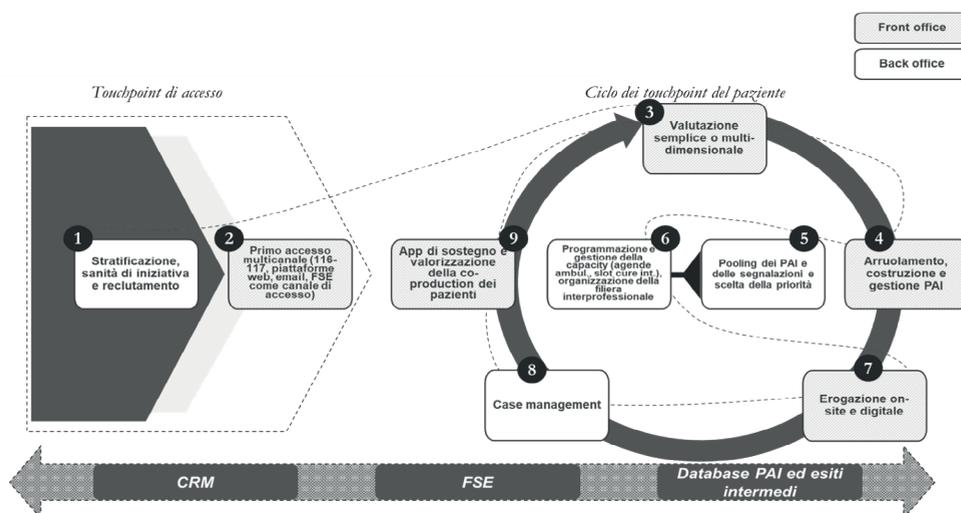
Il *framework* di seguito esposto rappresenta i principali macro-processi delle cure territoriali, integrando sia i processi amministrativi sia quelli erogativi, sia in *front-office* che in *back-office*. Si tratta di nove diversi momenti che, nel loro insieme, sono potenzialmente rappresentativi della totalità dei processi territoriali di cura sia che si assuma la prospettiva degli operatori (medici, infermieri e staff) sia che si assuma quella degli utenti (cittadini e pazienti).

³ Il *framework* è stato sottoposto a un esteso processo di validazione che ha coinvolto gli stakeholder del territorio in numerosi focus group, condotti in collaborazione con Regione Lombardia, da marzo a luglio 2022.

15.2.1 Il modello

Il *framework* distingue e collega tre fasi differenti ma complementari: a) l'accesso al percorso di cura; b) il percorso di cura che ciclicamente e, data la casistica clinica e sociale, inevitabilmente rappresenta il ripetersi delle tappe del paziente, a partire dal primo accesso ai servizi; c) la programmazione e ricalibrazione delle capacità produttive (diagnostiche, specialistiche, di *case management*) in funzione dell'epidemiologia emergente, delle risorse disponibili e delle priorità assunte.

Figura 15.1 Un *framework* per la trasformazione digitale del territorio



Il ciclo (la «ruota») ricomprende le fasi di valutazione, erogazione e monitoraggio delle cure (da 3 a 9). Il «perno della ruota» (5-6) monitora la coerenza tra i volumi e i mix necessari di prestazioni e le agende disponibili. A sinistra si colloca la «freccia» di ingresso nel sistema (1-2), che coniuga la classica prospettiva *on demand* con la sanità di iniziativa. Le tre fasi, accesso a sinistra, cura a destra e perno di programmazione al centro della «ruota», visibili nella rappresentazione grafica in Figura 15.1, sono tutte ugualmente sostenute da una collezione di dati del CRM, del FSE e del *database* dei piani di assistenza individuali che, se resi interoperabili, permettono una visione olistica e in tempo reale sullo status del singolo paziente, così come la loro aggregazione permette di conoscere il totale dei fabbisogni assistenziali di un territorio. Il *framework*, in particolare, sottolinea nel «perno della ruota» l'importanza di sviluppare grazie agli strumenti digitali una funzione di *pooling* della domanda e la correlazione della domanda con la programmazione della capacità erogativa, ovvero la gestione delle

agende di specialistica ambulatoriale e diagnostica per i cronici, dei posti letto di cure intermedie e RSA, come degli slot di ADI e centri diurni per i fragili, secondo logiche di *operations management* (es. Zazzera e Longo, 2019). Il *trait d'union* che collega questi due momenti di *back office*, raccolta della domanda e gestione dell'offerta, si sostanzia nella necessità di definire le priorità di cura, con cui qualsiasi algoritmo di prenotazione dovrà poi confrontarsi. Di seguito si fornisce un maggior dettaglio per tutti e nove i macro-processi oggetto di potenziale digitalizzazione nel territorio e gli impatti attesi per l'ecosistema territoriale.

15.2.1.1 L'accesso ai servizi

Nella fase di accesso (1-2) coesistono un accesso guidato dal sistema sanitario, detto di sanità d'iniziativa, e uno spontaneo, *on demand* da parte degli utenti, come avviene tradizionalmente, sfavorendo i soggetti socialmente o culturalmente più deboli, meno capaci di trasformare il bisogno in domanda. Per quanto riguarda il primo, come descritto nei precedenti capitoli, questo promuove un approccio proattivo all'identificazione dei bisogni di salute; ricomprende innanzitutto un sistema che permetta la stratificazione nominativa della popolazione, che fornirebbe agli attori preposti, come dipartimento di sanità pubblica o MMG o CdC, un elenco dei cittadini target, per la prevenzione o per la presa in carico. Inoltre, tale modalità di accesso richiede anche che esistano modelli di reclutamento, che associno i pazienti ai giusti responsabili. Un paziente cronico mono-patologico di bassa complessità potrebbe dunque essere segnalato al MMG, un paziente in salute in età da screening potrebbe essere segnalato ai Dipartimenti di Igiene Pubblica e Prevenzione, mentre un paziente cronico molto complesso a uno specialista ambulatoriale o ospedaliero. La segnalazione, per via digitale, dei diversi pazienti ai professionisti e setting più appropriati, richiede un lavoro micro-organizzativo di progettazione delle allocazioni dei ruoli professionali, capace di correlare stadi e tipologie di patologie alle competenze dei professionisti. Questo è un processo di coordinamento interprofessionale molto complesso, rispetto al quale il sistema digitale può solo rappresentare un *tool* in cui sistematizzare le decisioni di allocazione delle competenze e dei pazienti assunte dalla filiera professionale. Pur associando digitalmente i pazienti ai professionisti adeguati, è ancora necessario dotare questi ultimi di tre tipologie di strumenti: a) *tool* di comunicazione, che permettano un contatto diretto, rapido e personalizzato con i pazienti assegnati; b) strumenti di monitoraggio sulla responsività e *compliance* dei pazienti assegnati; c) *tool* per la raccolta di *feedback* da parte dei pazienti. Un sistema di reclutamento con queste funzionalità consentirebbe al SSN di essere proattivo nel reclutamento e nell'arruolamento, con l'obiettivo di posporre nel tempo eventuali aggravamenti della patologia cronica.

La seconda modalità d'accesso è quella spontanea. Molteplici sono le innovazioni che hanno caratterizzato le modalità di comunicazione tra il sistema e i cittadini, e viceversa, arricchendo sempre più il portafoglio multicanale (cfr. Gao *et al.*, 2020), ma purtroppo spesso in modalità poco coordinate tra loro. Coesistono, infatti, i siti istituzionali di regioni e aziende sanitarie, numeri unici e numeri di aziende o singoli servizi, così come altre forme di contatto, come app e indirizzi e-mail (cfr. Capitolo 3). Un accesso che sia multicanale e integrato necessita innanzitutto di un sistema di *customer relation management* (CRM) che permetta di progettare i canali, i loro contenuti e linguaggi in modo da garantire ai diversi *cluster* di utenza di conoscere il catalogo di offerta, le modalità e i requisiti per ottenere un determinato servizio nonché la capacità disponibile, con la garanzia che le informazioni siano sempre precise e aggiornate. L'accesso dunque avverrebbe tramite canali diversi (sito web, piattaforme come l'FSE, app, numero unico 116.117, e-mail, accesso fisico e PUA) ma integrati. Una funzionalità di monitoraggio degli accessi permette di comprendere e valutare l'efficacia dell'informazione e dell'orientamento del sistema, nonché di prevedere con anticipo, seppur con un certo grado di incertezza, potenziali variazioni dei bisogni assistenziali della popolazione. Nel complesso, l'accesso deve essere nativamente interoperabile, coerente e organico, ovvero capace di garantire risposte uguali in tempi simili tra canali diversi, pur sapendo che la natura dei canali influenza e seleziona i tipi di target che a essi si rivolgono.

15.2.1.2 I *touchpoint* del paziente e la presa in carico

La parte circolare (la «ruota») del *framework*, che collega i processi dal terzo al nono step, rappresenta la sequenza di processi che riguardano il vero e proprio percorso assistenziale, coinvolgendo proattivamente il paziente. Come anticipato nel primo capitolo, si ricorda che in Italia la prevalenza della cronicità è del 50% della popolazione a 55 anni, per poi raggiungere verso i 70 anni quasi la totalità della popolazione (oltre l'85%) e che la speranza di vita media è di circa 83 anni (Eurostat, 2022). Un paziente occasionale, non cronico, potrebbe certo percorrere alcune fasi del percorso, quali l'accesso, la valutazione e l'indirizzamento presso un determinato setting di cura con possibili prestazioni ambulatoriali e diagnostiche, ma la maggior parte dei pazienti che accedono al sistema delle cure territoriali lo fa in modo ciclico e ripetuto per via delle stabili condizioni di cronicità e fragilità. Un paziente cronico rimane in media in un processo assistenziale permanente per circa 27 anni: periodo lungo il quale il SSN continuamente raccoglie dati sul paziente, lo valuta e rivaluta in un processo senza soluzione di continuità. Questi processi impegnano il 75% delle risorse del SSN. La valutazione per nuovi pazienti, o rivalutazione per pazienti già inseriti in un piano assistenziale, rappresenta un primo momento che per-

mette di indirizzare l'utente nel setting più appropriato. I pazienti possono essere anche segnalati in *back office*, anche in questo caso l'equipe responsabile conduce una prima valutazione semplice o multidimensionale, utilizzando scale e sistemi di valutazione clinica già validati, come la scala NPRS per la misurazione del dolore, o la scala BRASS per la fragilità dei pazienti anziani⁴, ma potenzialmente tutti gli strumenti sono incorporati in un'unica soluzione tecnologica che suggerisce e fa sintesi di diversi strumenti, esistenti e nuovi. Durante la valutazione vengono consultati il FSE ed eventuali dati aggiuntivi sul paziente, per decidere se inviare il paziente in *back office* a un centro servizi, o COT, o a un MMG o a uno specialista per la formulazione del piano assistenziale.

Compreso il fabbisogno clinico e sociale, il professionista redige un PAI che, a seconda dei casi, può prevedere sia prestazioni sanitarie sia servizi socio-sanitari e della rete delle cure intermedie. Dal PAI, che racchiude quindi un pacchetto di servizi a prevalenza sanitaria per i pazienti cronici o delle cure intermedie, e sociosanitaria per pazienti fragili e non autosufficienti, discende poi l'attività di programmazione delle prestazioni e delle transizioni dei pazienti tra diversi setting. Per la progettazione e redazione del PAI, il *framework* suggerisce lo sviluppo e l'integrazione di algoritmi a supporto del *clinical manager* (colui/lei che è responsabile della definizione del PAI) che, considerati i dati disponibili sul singolo caso e su coorti di pazienti comparabili, possono fornire delle indicazioni rilevanti al clinico rispetto a quale tipologia di prestazioni inserire nel PAI. Dalla redazione del PAI, il *framework* suggerisce la disponibilità di una *dashbord* di controllo dell'aderenza allo stesso, consultabile sia dal *clinical manager*, sia dal *case manager* poi responsabile del monitoraggio sui PAI, come potrebbero essere gli IFoC per i pazienti cronici e fragili sufficientemente stabili. Il *case management* è inteso, infatti, come la verifica e il monitoraggio dell'aderenza terapeutica, delle prestazioni effettuate e da effettuare, e degli esiti clinici o sociali, a cui si aggiunge il supporto alla *literacy* del paziente e al sostegno psicologico alla propria condizione. Per il *case management* oggi mancano strumenti di sintesi delle evidenze cliniche sul singolo caso, ma anche sulla aderenza ai piani terapeutici sviluppati. Si evince pertanto la necessità di sviluppare strumenti di monitoraggio coerenti con la sanità di iniziativa che permettano quindi a infermieri e medici di controllare da remoto i pazienti e intervenire in caso di esiti difforni dallo standard clinico previsto, o in caso di mancata aderenza al piano o di scorretto stile di vita del paziente rispetto alle sue condizioni. I PAI dovrebbero rappresentare un *trigger* per la prenotazione di posti letto soprattutto delle cure intermedie, di prestazioni ambulatoriali e di ricettazione automatica e digitale, possibilmente con la consegna a domicilio dei farmaci.

⁴ Numeric Pain Rating Score (NPRS o NRS); Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS).

Le tappe descritte finora (valutazione, PAI, erogazione, *case management*) raccontano il percorso ideale, in assenza di vincoli e limitazioni alle risorse. Tuttavia, considerato il *gap* tra domanda e offerta nel SSN che dispone solo del 6,5% del PIL come budget nazionale annuale, la definizione di priorità di accesso diventa imprescindibile per garantire un accesso equo e appropriato ai servizi. Nel *framework* proposto, il perno centrale della ruota rappresenta i momenti gestionali, ovvero i processi di programmazione e prioritizzazione dell'offerta rispetto ai volumi e all'intensità assistenziale richiesta dalla sommatoria dei PAI prescritti, alla luce della *capacity* produttiva disponibile, in particolare per le agende ambulatoriali e diagnostiche (cronicità) e gli slot delle cure intermedie e sociosanitarie (fragilità). Ricordiamo che il SSN è in grado di coprire circa il 60-70% dei consumi di attività ambulatoriali (Giudice *et al.*, 2022), mentre in ambito di fragilità la distanza tra capacità produttiva e i bisogni è nell'ordine dei rapporti 1 a 5 (Longo *et al.*, 2022; Cerved, 2022). Prima della programmazione delle prestazioni e della *capacity*, la domanda è quindi raccolta e aggregata nel database dei PAI, la cui analisi e gestione attraverso un unico strumento dovrebbe consentire di definire le priorità e meglio indirizzare gli utenti nel sistema di offerta. Tale screening della domanda per la selezione dei pazienti che per primi devono trovare risposta nel sistema delle cure territoriali potrebbe essere gradualmente automatizzato e gestito attraverso algoritmi e sistemi a supporto delle decisioni, a patto che i dati clinici e amministrativi dei PAI siano digitalizzati, completi, condivisi e fruibili. Questa è l'attività oggi assegnata alle COT, ai centri servizi della cronicità e dispositivi organizzativi simili.

Definite le priorità cliniche, occorre poi verificare la *capacity* disponibile e prenotare le prestazioni incluse nei PAI, nei setting, nei tempi e nelle forme più appropriati. Poiché il PAI programma con largo anticipo le prestazioni necessarie per il singolo paziente, è tecnicamente fattibile costruire un sistema di prenotazione delle prestazioni in *back office*, senza che il cittadino debba richiedere ricette autorizzative e rivolgersi al CUP. A questo fine, sarebbe auspicabile avere una *dashboard* per il monitoraggio della *capacity* libera o occupata, come strumenti per la gestione dei tempi di permanenza nelle strutture intermedie e riabilitative, e anche per la gestione dei volumi di attività ambulatoriale con la possibilità di consultare e tenere sotto controllo le liste di attesa. Un processo ripensato in questo modo semplificherebbe la fruizione all'utente (che evita ricette autorizzative e complessi processi di prenotazione), elimina molto lavoro di fatto burocratico a MMG e altri medici che compilano le ricette autorizzative, toglie dal CUP il 75% delle domande, riducendo di molto la necessità di personale amministrativo di *front office*.

L'integrazione in *back office* tra processi di presa in carico, prescrizione e prenotazione può far sì che alcune agende ambulatoriali siano riservate alle sole prestazioni programmate all'interno di un PAI, o comunque per determinati

target di pazienti. COT, centri servizi, ma anche i CUP intermediano quindi domanda e offerta, guidando digitalmente l'utente verso i setting di erogazione fisici e virtuali idonei e disponibili. Per il *clinical manager*, tendenzialmente MMG o specialisti territoriali, potrebbe essere molto utile disporre di una *dashboard* unitaria di tutti i PAI attivi per i loro pazienti, o un'interfaccia diversa della *dashboard* del *case management*, per ricevere informazioni di ritorno dai *case manager* e da altri professionisti che intercettano i loro casi. A queste informazioni si potrebbero aggiungere le evidenze mutuate dalla totalità dei PAI di un territorio: es. quali target di utenti sono a maggiore rischio di scarsa aderenza alle terapie o sono sotto-diagnosticati.

L'ultimo step del *framework* propone infine l'utilizzo codificato e riconosciuto di app e soluzioni IoT per la raccolta e il monitoraggio di parametri clinici del paziente e dei corretti stili di vita, con l'obiettivo di interagire sempre più con gli utenti in una logica di *co-production*, ma anche di raccogliere da loro dati circa il loro stato di salute e malattia e informare scelte future dei loro *clinical manager*. Tali dati potrebbero quindi arricchire il patrimonio informativo sanitario a disposizione dei *clinical* e *case manager*. Le informazioni di ritorno dal *case manager* o dal *clinical manager* al paziente, frutto della rielaborazione dei suoi dati in interazione con il PAI programmato, contribuirebbero a un dialogo bidirezionale tra SSN e paziente, sostenendo l'aderenza alla terapia e alimentando la percezione di essere presi in carico. Questo dialogo genera un ecosistema di comunicazione con il paziente, in cui sono coinvolti almeno il paziente e il suo eventuale *caregiver*, il *case manager* e il *clinical manager*. Nell'ecosistema di dialogo gli oggetti di comunicazione riguardano la diagnosi e il PAI, il sostegno psicologico alle condizioni di fragilità o cronicità, il controllo dei comportamenti e degli stili di vita, il sostegno alla *compliance* e alla *literacy*, l'invio stabile di messaggi di rinforzo.

15.3 Dal framework agli strumenti: logiche di sviluppo dell'ecosistema territoriale digitale

La descrizione analitica di ogni singolo «macro-processo» del *framework* per la digitalizzazione del territorio non deve offuscare la considerazione che solo un approccio sistemico, organico e integrato rende utile le singole parti, che si rafforzano e si alimentano nell'interazione l'una con l'altra, mentre una loro esistenza autonoma, scarsamente inter-operativa, le indebolisce, fino al pericolo di una loro irrilevanza. A titolo d'esempio, la funzione di *case management* senza un PAI da sostenere e controllare risulta sprovvista del vettore indispensabile di funzionamento. Allo stesso modo, un database di CRM trova significato qualora si volesse valorizzare, specializzare e prioritizzare la logica multicanale di arruolamento proattivo nei servizi (Anshari *et al.*, 2011). Lo sviluppo di strumenti digitali ispirati alle logiche del *framework* sovraesposto richiede, dunque,

una profonda comprensione delle necessità dei pazienti, dei professionisti sanitari e del management, oltre che un lavoro intenso di interconnessione dei servizi, talvolta di ripensamento e innovazione nei modelli di servizio e nei meccanismi di coordinamento interprofessionali sottostanti, con l'integrazione e messa in rete delle tecnologie in uso in diversi setting.

Si pensi, a titolo d'esempio, al macro-processo, di definizione dei PAI per i pazienti cronici e fragili. Esso richiede:

- definire chi siano i professionisti responsabili dei PAI per stadi di patologia lungo la filiera professionale MMG-specialisti convenzionati-ospedalieri spoke-ospedalieri HUB (micro-progettazione dei ruoli professionali);
- concordare gli standard clinici dei PAI (PDTA di riferimento);
- convincere progressivamente i professionisti a convergere sull'uso dello strumento PAI;
- aumentare progressivamente il numero dei PAI prescritti per avvicinarsi nel tempo alla totalità dei pazienti target;
- costruire sistemi di *clinical decision support systems* per supportare digitalmente la compilazione dei PAI;
- strutturare un sistema di monitoraggio dei PAI per comprendere quali professionisti siano maggiormente aderenti ai PDTA di riferimento valutando la qualità dei PAI prescritti, per alimentare le necessarie azioni di governo clinico.

Come si osserva, si tratta di un cantiere complesso e affascinante, che richiede tempo, energie e grande convinzione sull'efficacia potenziale del dispositivo organizzativo. Questo esempio costituisce solo uno dei nove cantieri, gli altri sono altrettanto imponenti e rilevanti: si pensi a spostare le prenotazioni delle prestazioni da *front a back office*, ad attivare una funzione proattiva di *case management* o una di reclutamento attivo dei pazienti oppure a un'interfaccia di comunicazione continua tra paziente e SSN rispetto ai suoi comportamenti per la patologia cronica.

La digitalizzazione richiede quindi di sfruttare efficacemente l'interoperabilità delle tecnologie esistenti, ma spesso anche di promuovere innovazioni radicali e l'adozione progressiva di tecnologie che rispettino standard comuni nella raccolta e condivisione dei dati, e talvolta una semplificazione dei processi amministrativi. Come anticipato nell'introduzione del capitolo, la digitalizzazione rappresenta un'opportunità per ridurre la frammentazione dei servizi territoriali, consente di semplificare il percorso di richiesta e attivazione di un determinato servizio, spesso rendendo obsoleti alcuni processi accumulati nel tempo per l'autorizzazione di attivazione e formalizzazione di un servizio. Si pensi per esempio alle farraginosità che incontra un paziente cronico, o fragile,

o ancora un suo familiare e *caregiver*, nel richiedere un servizio di assistenza domiciliare, o la richiesta per ausili mobili e apparecchiature coperte dal SSN, inutili e ripetuti appuntamenti con il MMG per richiedere la ripetizione di una ricetta per un farmaco che assume giornalmente da anni, o ancora la richiesta, comunicazione e inserzione manuale sul FSE di un codice esenzione per patologia cronica a carico del MMG stesso.

La realizzazione di strumenti digitali richiede una collaborazione multi-stakeholder e una regia delle iniziative locali, insieme al coordinamento e l'integrazione tra diverse iniziative di digitalizzazione promosse simultaneamente dai vertici nazionali (es. FSE, telemedicina, *patient summary*, sanità di iniziativa ecc.). La digitalizzazione dei servizi territoriali non può avvenire senza valutare le complementarità con le piattaforme di telemedicina sviluppate e in fase di sviluppo a livello regionale e nazionale, per poter integrare in un'unica progettazione del piano di cura anche i servizi erogati in regime di telemedicina, come il telemonitoraggio e le televisite per pazienti già in trattamento, come pure comprendere l'evoluzione del progetto nazionale sul FSE, che diverrà l'alimentatore di dati anche per le eventuali piattaforme e *dashboard* di gestione e monitoraggio dei servizi erogati sul territorio. Questo ci riporta alle considerazioni iniziali, ovvero la necessità di bilanciare imprenditorialità digitale locale con quella nazionale, essendo indispensabili entrambe le polarità.

15.4 Conclusioni

La radicale trasformazione dei processi erogativi e produttivi dei servizi territoriali, sia preventivi, sia di presa in carico di cronicità e fragilità, rappresenta un'agenda di lavoro pluriennale. Un'agenda di innovazioni inevitabile e incompressibile alla luce della nostra epidemiologia, che vede oggi, con il 24% della popolazione anziana e il 40% di italiani cronici, già il 75% delle risorse del SSN destinate a questi target. Tra 15 anni gli anziani passeranno dal 24% della popolazione anziana al 35% e quindi lo scenario sarà peggiorativo (ISTAT, 2022). La prospettiva di lavoro è pertanto vincolante e di lungo periodo, per cui occorre temperare una visione generale e organica, come propone il *framework* sulla digitalizzazione del territorio, con una agenda di priorità. Da questo punto di vista i nove macro-processi delineati per la digitalizzazione possono essere implementati progressivamente nel tempo, pur consapevoli che solo la loro contemporanea e contestuale presenza ne garantisce la piena efficacia complessiva. Questo può significare darsi un orizzonte di sviluppo di 3-5 anni e progressivamente digitalizzare i macro-processi indicati, con delle priorità che potrebbero essere anche diverse nei singoli contesti aziendali o regionali. L'importante è da subito aver presente il disegno complessivo, in modo che le singole componenti siano progettate in una visione integrata, interoperabile e internamente organica. Ogni singolo macro-processo da reingegnerizzare costituisce un cantiere di

trasformazione profonda che contempera aspetti di riprogettazione delle caratteristiche del servizio, di cambiamento delle procedure professionali e operative, di acquisizione di nuove competenze.

La questione cruciale rimane su chi sia il responsabile e *project leader* di una serie di innovazioni così rilevanti, radicali e di lungo periodo. Ci appoggiamo alle strutture di responsabilità ordinarie (CIO, direttori del territorio, dei distretti, direttori cure primarie, direttori igiene e sanità pubblica), competenti e dotate delle necessarie relazioni con tutti gli stakeholder ma spesso sopraffatte già dalla routine? Oppure dedichiamo una *task force* aziendale o regionale all'innovazione, avendo tempo e risorse dedicate, ma con una conoscenza e un sistema di relazione tutti da costruire? Costituiamo diverse *task force* dedicate ai singoli macro-processi oppure ne costituiamo una unica? Ovviamente ogni soluzione di *project management* dell'innovazione è plausibile, l'importante è che sia assunta in modo consapevole e convinto.

Le esperienze recenti mostrano come attuare la trasformazione digitale del territorio richieda di mettere allo stesso tavolo professionisti con competenze diverse, che difficilmente si sono confrontati prima o si confronterebbero, per configurare gradualmente delle soluzioni tecnologicamente solide e fattibili, ma anche condivise e volute dagli stakeholder rilevanti, pazienti e *caregiver*, MMG, infermieri, direttori socio-sanitari, responsabili dei sistemi informativi, Chief Information Officer del pubblico e del privato, al fine di condividere *good practice* e anche gli insuccessi vissuti dagli uni e dagli altri e facilitare l'adozione su vasta scala delle soluzioni rivelatesi efficaci.

Inevitabilmente, l'agenda della digitalizzazione dovrà darsi delle priorità di intervento. Al proposito, vi sono molteplici *trade-off* da approfondire, quali per esempio digitalizzare per primi i servizi di alcuni distretti aziendali, o i servizi per alcuni pazienti con condizioni più severe in tutta l'azienda? Ogni opzione di *change management* valorizza alcuni elementi di fattibilità spesso in contrasto con considerazioni di priorità di *policy*. Tipicamente i territori più forti e le discipline mediche più strutturate garantiscono maggiori tassi di probabilità attuativa, ma più modesti margini di miglioramento, garantendo di norma già performance migliori. All'opposto, territori aziendali deprivati e popolazioni a grande rischio di marginalità rappresentano priorità sociali e di *policy*, ma dove le difficoltà attuative crescono significativamente. In ogni caso, nel giro di 3-5 anni, bisogna provare a innovare la maggior parte dei processi territoriali e quindi appare necessario definire gli step di una *road map* aziendale o regionale sulla digitalizzazione.

Glossario

ACOT: Agenzie per la Continuità Ospedale Territorio

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale

AO: Azienda Ospedaliera

AOU: Azienda Ospedaliera Universitaria

APSP: Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona

AUSL: Aziende Unità Sanitarie Locali, denominate in modo eterogeneo nelle Regioni come riportato nella tabella alla fine del Glossario

CB: Community Building

CdC: Casa della Comunità

CdS: Case della Salute

COA: Centrale Operativa Aziendale

COADI: Centrali Operative dell'ADI

COT: Centrale Operativa Territoriale

CRM: Customer Relations Management

CSA: Centro Servizi Aziendale

CT: Cure di Transizione

CUDP: Centrale Unica per le Dimissioni Protette

CUP: Centro Unico Prenotazione

EBM: Evidence Based Medicine

FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico

GPDP: Garante per la Protezione dei Dati Personali

ICT: Tecnologie dell'Informazione

IFoC: Infermiere di Famiglia o di Comunità

IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

LTC: Long Term Care

MCA: Medico di Continuità Assistenziale

MGI: Medicine di Gruppo Integrate

MMG: Medico di Medicina Generale

NUCOT: Nuclei di Continuità Ospedale-Territorio

OdC: Ospedale di Continuità

OM: Operations Management

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

PAI: Piano di Assistenza Individuale

PAT: Punto Assistenza Territoriale

PCAP: Punto di Coordinamento dell'Assistenza Primaria

PDTA: Piani Diagnostico-Terapeutici Assistenziali

PHM: Population Health Management

PIC: Presa in Carico

PNC: Piano Nazionale Cronicità

POAS: Piani di Organizzazione Aziendale Strategici

POT: Presidi Ospedalieri Territoriali

PREMs: Patient-Reported Experience Measures

PROMs: Patient-Reported Outcome Measures

PreSST: Presidi Socio Sanitari Territoriali

PTA: Presidi Territoriali di Assistenza

PUA: Punto Unico di Accesso

RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali

SER: Servizio Epidemiologico Regionale

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

USCA: Unità Speciali di Continuità Assistenziale

UVM: Unità di Valutazione Multidisciplinare

Acronimo	Nome azienda	Regione
ASL	Azienda Sanitaria Locale	Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Piemonte e Puglia
ATS	Azienda per la Tutela della Salute (1) o Agenzia di Tutela della Salute (2)	Sardegna (1) o Lombardia (2)
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale	Lombardia
USL	Unità Sanitarie Locali	Umbria e Valle d'Aosta
AULSS	Azienda Unità Sanitaria Locale Socio Sanitaria	Veneto
ASDAA	Azienda Sanitaria dell'Alto-Adige	Trentino Alto-Adige
APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari	Trentino Alto-Adige
AS	Azienda Sanitaria	Friuli-Venezia Giulia
ASUR	Azienda Sanitaria Unica Regionale	Marche
ASReM	Azienda Sanitaria Regionale del Molise	Molise
ASP e ASM	Azienda Sanitaria di Potenza e Azienda Sanitaria di Matera	Basilicata

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.
- Agenas (2022), «La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione», *Quaderno di Monitor 2022*.
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (2021), «Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche», disponibile a www.aifa.gov.it, ultimo accesso 28/02/2023.
- Airoldi, G. (1980), *I sistemi operativi*, Milano, Giuffrè.
- Airoldi, G., Brunetti, G., Coda, V. (2020), *Corso di economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Allin, S., Masseria, C., Mossialos, E. (2009), «Measuring Socioeconomic Differences in Use of Health Care Services by Wealth Versus by Income», *American Journal of Public Health*, 99(10), pp. 1849-1855. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.141499>.
- Allotey, P. et al. (2011), «Rethinking health-care systems: A focus on chronicity», *The Lancet*, 377(9764), pp. 450-451.
- Anderson, S., Nasr, L., Rayburn, S.W. (2018), «Transformative service research and service design: Synergistic effects in healthcare», *The Service Industries Journal*, 38(1-2), pp. 99-113.
- Anessi, P., Cicchetti, E.A., Spandonaro, F., Polistena, B., D'Angela, D., Masella, C., Costa, G. et al. (2021), «Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni», *Mecosan*, 119 (novembre), pp. 89-117.

- Ansari, S., Munir, K., Gregg, T. (2012), «Impact at the ‘bottom of the pyramid’: The role of social capital in capability development and community empowerment», *Journal of Management Studies*, 49(4), pp. 813-842.
- Anshari, M., Almunawar, M.N. (2011), «Evaluating CRM Implementation in Healthcare Organization», in *Proceedings of 2011 International Conference on Economics and Business Information*, 5.
- Armeni, P., Bertolani, A., Borsoi, L., Costa, F. (2018), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea, pp. 119-178.
- Armeni, P., Borsoi, L., Notarnicola, E., Rota, S. (2022), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale», in *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 94-150.
- Armillei, F., Filippucci, F., Fletcher, T. (2021), «Did Covid-19 hit harder in peripheral areas? The case of Italian municipalities», *Economics Human Biology*, 42, 101018.
- ARS Toscana (2019), «Le malattie croniche in Toscana: epidemiologia e impatto sui servizi», disponibile a https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Collana_ARIS/2019/Doc_104_MACRO_2019_finale_27_11.pdf, ultimo accesso 04/06/2023.
- Astolfi, A., Binachi, F., Lupi, C., (2013), «Utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera, dei certificati di nascita e del registro delle malformazioni congenite a scopi epidemiologici e di sanità pubblica: esperienza in Emilia-Romagna», *Epidemiol Prev*, 37(4-5), pp. 279-88.
- Audenaert, M., Vanderstraeten, A., Buyens, D., Desmidt, S. (2014), «Does alignment elicit competency-based HRM? A systematic review», *Management Revue*, pp. 5-26.
- Aylin, P., Bottle, A., Majeed, A. (2007), «Use of administrative data or clinical databases as predictors of risk of death in hospital: comparison of models», *Bmj*, 334(7602), 1044.
- Bailey, C., Kapur, A., Prabha, K.R. (2011), «Ambulatory Operations Improvement Meeting the Demand for High-Quality, Cost-Effective Outpatient Services», in *Booz & Company* (a cura di).
- Baraghini, G., Capponi, A., Capelli, M., Longo, F., Tozzi, V., Villa, S. (2006), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: Un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere», in *Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea, pp. 495-530.
- Barbieri, M., Filannino, C., Longo, F., Tozzi, V. (2005), «Alla ricerca del governo clinico: Esperienze a confronto», in *Rapporto OASI 2005*, Milano Egea, pp. 371-393.

- Barbieri, M., Vidè, F., Montanelli, R., Micacchi, L. (2020), «Gestire il personale in Sanità: una mappatura delle caratteristiche della Funzione Risorse Umane», *Mecosan*, 114(2), pp. 33-65.
- Bartolini, L., Caranci, N., Gnani, R., Di Girolamo, C. (2020), «Educational inequalities in the prevalence and outcomes of diabetes in the Emilian Longitudinal Study», *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 30(9), pp.1525-1534.
- Barzan, E., Longo, F., Petracca, F., Tozzi, V.D. (2017), «La presa in carico dei pazienti cronici in Lombardia: quale governance e quali indeterminanze nel modello», *Mecosan*, 103, pp. 31-48.
- Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., Stuckler, D. (2012), «Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review», *PLoS medicine*, 9(6), e1001244.
- Belleri, G. (2022), «Presa in carico della cronicità in Lombardia: bilancio e prospettive di revisione dopo la pandemia», *Recenti Prog Med*, 113(10), pp. 591-600, doi 10.1701/3888.38705.
- Bensa, G., Prenestini, A., Villa, S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: Aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in *Rapporto OASI 2008*, Milano, Egea, pp. 327-364.
- Berkman, L.F., Glass, T. (2000), «Social integration, social networks, social support and health», in Berkman, L.F., Kawachi, I. (Eds.), *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, pp. 158-162.
- Berloto, S., Fosti, G., Longo, F., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A. (2021), «Anziani e demenze: rete socio-sanitaria e sociale e stato di implementazione dei Piani Regionali Demenze», in *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea, pp. 219-257.
- Berloto, S., Longo, F., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A. (2020), «Il settore socio-sanitario per gli anziani a un bivio dopo l'emergenza Covid-19: criticità consolidate e prospettive di cambiamento», in *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea, pp. 203-236.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., Whittington, J. (2008), «The triple aim: care, health, and cost», *Health affairs*, 27(3), pp. 759-769.
- 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), pp. 572-607.
- Bobini, M., Boscolo, P.R., Tozzi, V.D., Tarricone, R. (2021), «La telemedicina e i processi di gestione del cambiamento nelle aziende sanitarie», in *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea, pp. 461-485.

- Bobini, M., Fattore, G., Longo, F., Meda, F. (2022), «La Casa della Comunità come piattaforma erogativa decentrata dell'ospedale hub. Il caso servizi oncologici della Casa della Salute di Bettola (AUSL PC)», in *Mecosan*, Open Access, (121).
- Bobini, M., Furnari, A., Ricci, A. (2020), «Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive nella rete ospedaliera nazionale», in *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea, pp. 379-406.
- Bonciani, M. (2021), «Mappatura, clusterizzazione e selezione delle reti sociali», in Longo, F., Barsanti, S. (a cura di), *Community Building: logiche e strumenti di management*, Milano, Egea, pp. 65-85.
- Borgonovi, E. (2021), *Management per la salute: Scienza, diritti, responsabilità sociale, efficienza*, Milano, Franco Angeli.
- Borgonovi, E., Tozzi, V. (2014), *PDTA standard per le patologie croniche: 11 ASL a confronto nella gestione della rete dei servizi per BPCO, tumore polmonare, ictus, scompenso cardiaco e artrite reumatoide*, 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.
- Boscolo, P.R., Tarricone, R. (2022), «La digitalizzazione tra certezze e opportunità», *Economia & management*, (2), pp. 40-45.
- Broemeling, A.M., Watson, D.E., Prebtani, F. (2008), «Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice», *Healthcare quarterly*, 11(3), pp.70-76.
- Brown, M.T., Bussell, J.K. (2011), «Medication adherence: WHO cares? », In *Mayo clinic proceedings*, 86(4), pp. 304-314.
- Buccoliero, L., Caccia, C., Nasi, G. (2002), *Il sistema informativo automatizzato nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Buccoliero, L., Caccia, C., Nasi, G. (2005), *E-health: percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, Milano, McGraw-Hill.
- Buchan, J., Ball, J., O'May, F. (2001), «If changing skill mix is the answer, what is the question?», *Journal of health services research policy*, 6(4), pp. 233-238.
- Caccia, C. (2008), *Management dei sistemi informativi in sanità*, Milano, McGraw-Hill.
- Camera dei Deputati (2021), «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», 1 marzo: http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1621701016559.

- Campagna, G., Amato, A., Majo, F., Ferrari, G., Quattrucci, S., Padoan, R., Florida, G., Salvatore, D., Carnovale, V., Fornaro, G.P., Taruscio, D. (2021), «RegistRo italiano FibRosi CistiCa (RiFC)», in *Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia*, 45(1), p. 3.
- Cavazza, M., Del Vecchio, M., Preti, L., Rappini, V. (2021), «Dipartimenti di prevenzione durante la pandemia tra le criticità strutturali e l'emergenza», in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Centers for Disease Control and Prevention (U.S.) United States, Clinical Translational Science Awards Consortium (2011), *Principles of community engagement*, NIH publication, 11-7782.
- CENSIS (2020), «La silver economy e le sue conseguenze».
- CERVED (2022), «Bilancio di welfare delle famiglie italiane».
- Cinelli G., Longo F. (2021), «Un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti», in *Mecosan*, 30(118), pp. 155-173.
- Coleman, E.A. (2003), «Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs», *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), pp. 549–55.
- 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), pp. 242-278.
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 82/CSR del 10 luglio 2014, Intesa concernente: «Patto per la salute 2014-2016».
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Intesa concernente: «Piano nazionale della cronicità»: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 17/CSR del 20 febbraio 2020, Intesa, «sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità».
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 82/CSR del 10 luglio 2014, Intesa concernente: «Patto per la salute 2014-2016».
- Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf.
- Corrao, G., Rea, F., Di Martino, M., De Palma, R., Scondotto, S., Fusco, D., Lallo, A., Belotti, L.M.B., Ferrante, M., Addario, S.P., Merlino, L. (2017), «Developing and validating a novel multisource comorbidity score from administrative data: a large population-based cohort study from Italy», *BMJ open*, 7(12), p.e019503.

- Corrao, G., Rea, F., Mancia, G., Perseghin, G., Merlino, L., Martini, N., ... Maggioni, A. (2021), «Cost-effectiveness of the adherence with recommendations for clinical monitoring of patients with diabetes», *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 31(11), pp. 3111-3121.
- Corrao, G., Rea, F., Di Martino, M., Lallo, A., Davoli, M., ... working group 'Monitoring and assessing diagnostic-therapeutic paths' of the Italian Health Ministry (2019), «Effectiveness of adherence to recommended clinical examinations of diabetic patients in preventing diabetes-related hospitalizations», *International Journal for Quality in Health Care*, 31(6), pp. 464-472.
- Cricelli, C., Medea, G., Parretti, D., Lombardo, F.P., Aprile, P.L., Lapi, F., Cricelli, I., 2018. «Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale», in *Rapp Oss*, 2018(1), pp. 145-75.
- Cucciniello, M., Lapsley, I., Nasi, G. (2016), «Managing health care in the digital world: A comparative analysis», *Health Services Management Research*, 29(4), pp. 132-142.
- Cutler, R.L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., Garcia-Cardenas, V. (2018), «Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review», *BMJ open*, 8(1), p. e016982.
- Dalponete, F., Ferrara, L., Tozzi, V.D. (2022), «La trasformazione del Distretto Socio Sanitario», in *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 521-547.
- Dalponete, F., Ferrara, L., Zazzera, A., Tozzi, V. (2022), «COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali», in *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 433-464.
- Damanpour, F. (1991), «Organisational Innovations: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators», *Academy of Management Journal*, 34, pp. 555-590.
- Damanpour, F. (1992), «Organizational Size and Innovation», *Organization Studies*, 13(3), pp. 375-402.
- Damanpour, F. (1996), «Organizational Complexity and Innovation: Developing and Test-ing Multiple Contingency Models», *Management Science*, 42, pp. 693-716.
- Davies, E.L., Pollock, D., Graham, A., Laing, R.E., Langton, V., Bulto, L., Kelly, J. (2022), «Reporting of patient journey mapping in current literature: a scoping review protocol», *JBI Evidence Synthesis*, 20(5), pp. 1361-1368.
- Davies, C., Walley, P. (2000), «Clinical governance and operations management methodologies», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(1), pp. 21-26.

- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006: «Approvazione del “Piano sanitario nazionale 2006-2008”», www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1205_allegato.pdf.
- Decreto Ministero della Salute del 23/5/2022, n. 77: «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale», <https://www.gazzettauffi-ciale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- Del Vecchio M., Fenech L., Preti LM., Rappini V. (2022), «I consumi privati in sanità», in *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 233-283.
- Del Vecchio, M., Giacomelli, G., Montanelli, R., Sartirana, M., Vidè, F. (2022), «Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi», in (a cura di). CeRGAS SDA Bocconi, *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 449-576.
- Del Vecchio, M., Giacomelli, G., Montanelli, R., Vidè, F. (2020), «Le politiche di gestione del personale nelle aziende del SSN durante l’emergenza Covid-19», in (a cura di), CeRGAS SDA Bocconi, *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea, pp. 515-564.
- Del Vecchio, M., Giudice, L., Mallarini, E., Preti, L.M., Rappini, V. (2021), «Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Del Vecchio, M., Giudice, L., Preti, L.M., Rappini, V. (2022), «Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell’implementazione», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea.
- Del Vecchio, M., Montanelli, R., Sartirana, M., Vidè, F. (2021), «Le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto durante l’emergenza Covid-19», in Cergas SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea, pp. 630-670.
- Del Vecchio M., Prenestini A., Rappini V. (2014), «La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un’analisi di casi», in Cergas (a cura di), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Damanpour, F. (1991), «Organisational Innovations: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators», *Academy of Management Journal*, 34, pp. 555-590.
- Damanpour, F. (1992), «Organizational Size and Innovation», *Organization Studies*, 13(3), pp. 375-402.
- Damanpour, F. (1996), «Organizational Complexity and Innovation: Developing and Testing Multiple Contingency Models», *Management Science*, 42, pp. 693-716.

- Denis, J.L., Hebert, Y., Langley, A., Lozeau, D., Trottier, L.H. (2002), «Explaining diffusion patterns for complex health care innovations», *Health Care Manage Rev*, 27(3), pp. 60-73.
- Devore, S, Champion, R (2011), «Driving population health through accountable care organizations». *Health Affairs*, 30(1), pp. 41-50.
- Di Filippo, A., Perna, S., Pierantozzi, A., Milozzi, F., Fortinguerra, F., Caranci, N., Moro, L., Agabiti, N., Belleudi, V., Cesaroni, G., Nardi, A., 2022. «Socio-economic inequalities in the use of drugs for the treatment of chronic diseases in Italy». *International Journal for Equity in Health*, 21(1), pp. 1-12.
- Di Monaco, R., Pilutti, S., d'Errico, A., Costa, G. (2020), «Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy», *SSM-Population Health*, 12, p.100677.
- Donabedian, A. (1972), «Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them», *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103.
- Dubois, C.A., Singh D. (2009), «From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management», *Human Resources for Health*, 7(1), pp. 1-19.
- Eccles, M.P., Mittman, B.S. (2006), «Welcome to implementation science», *Implement. Sci.* 1, 1, <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>.
- Edelenbos, J., Van Meerkerk, I., Schenk, T. (2018), «The Evolution of Community Self-Organization in Interaction with Government Institutions Cross-Case Insights from Three Countries», *The American Review of Public Administration*, 48 (1), pp. 52-66.
- Edmondson, A., Bohmer, R., Pisano, G. (2001), «Disrupted routines: Team learning and new technology Implementation in Hospitals», *Administrative Science Quarterly*, 46(4), pp. 685-716.
- Eriksson, T., Ortega, J. (2006), «The adoption of job rotation: Testing the theories», *Industrial and Labor Relations Review*, 59(4), pp. 653-666.
- Fassin, Y. (2009), «The Stakeholder Model Refined», *Journal of Business Ethics*, 84.1, pp. 113-135.
- Fattore, G., Meda, F., Mereaglia, M. (2021), «Gli ospedali di comunità in Italia: Passato, presente e futuro», in *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea, pp. 563-601.
- Fattore, G., Meda, F., Mereaglia, M. (2022), «Gli Ospedali di Comunità: Quali prospettive alla luce del PNRR?», in *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 465-517.

- Fattore G., Morando V., Tozzi D.V. (2018), «Governo della domanda e Population Health Management: Regioni a confronto nell'utilizzo di database amministrativi e nelle scelte di policy e management», in *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Fenech, L., Lega, F., Prenestini, A. (2017), «Il grado di diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un'analisi empirica», in *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea, pp. 615-634.
- Fenech, L., Lega, F., Prenestini, A. (2018), «L'Operations Management nelle aziende pubbliche del SSN: da work in progress a work on process», in *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- 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), pp. 117-134.
- Ferrara L., Morando V., Tozzi V.D. (2017), «Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale territorio», in *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Ferrara, L., Tozzi, V. D., Zazzera, A. (2021), «Il management della transizione: COT e non solo COT», in *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Ferrara, L., Zazzera, A., Tozzi, V.D. (2022), «Managing Chronic Conditions: Lessons Learnt from a Comparative Analysis of Seven Years' Policies for Chronic Care Patients in Italy», *Int J Integr Care*, 22(1):4, Published Jan 21, doi:10.5334/ijic.5686.
- Freeman, R.E. (1984), *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman.
- Freeman, R.E. (2010), *Stakeholder Theory, State of the Art*, New York, Cambridge University Press.
- Freeman, R.E., Harrison, J.S., Wicks, A.C., Parmar, B.L., De Colle, S. (2010), *Stakeholder theory: The state of the art*, New York, Cambridge University Press.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G., McBurnie, M.A. (2001), «Frailty in older adults: evidence for a phenotype», *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), pp. M146-M157.
- Gao, L., Melero, I., Sese, F.J. (2020), «Multichannel Integration along the Customer Journey: A Systematic Review and Research Agenda», *The Service Industries Journal*, 40 (15-16), pp. 1087-1118.

- Gast, A., Mathes, T. (2019), «Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews», *Systematic reviews*, 8(1), pp.1-17.
- Gauld, R., Burgers, J., Dobrow, M., Minhas, R., Wendt, C., B. Cohen, A., Luxford, K. (2014), «Healthcare system performance improvement: a comparison of key policies in seven high-income countries», *Journal of health organization and management*, 28(1), pp. 2-20.
- Gini, R., Francesconi, P., Mazzaglia, G., Cricelli, I., Pasqua, A., Gallina, P., ... Schuemie, M. J. (2013), «Chronic disease prevalence from Italian administrative databases in the VALORE project: a validation through comparison of population estimates with general practice databases and national survey», *BMC Public Health*, 13, pp. 1-11.
- Giudice, L., Preti, L., Ricci, A. (2022), «I consumi privati in sanità», in *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 233-284.
- Gnavi, R., Piccariello, R., Pilutti, S., Di Monaco, R., Oleandri, S., Costa, G. (2020), «Epidemiology in support of intervention priorities: The case of diabetes in Turin (Piedmont Region, Northern Italy)», *Epidemiologia e Prevenzione*, 44(5-6 Suppl 1), pp.172-178.
- Gobbens, R.J.J., Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T., Schols, J.M.G.A. (2010), «In search of an integral conceptual definition of frailty: Opinions of experts», *Journal of the American Medical Directors Association*, 11, pp. 338-343.
- 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), pp. 581-629.
- Greenhalgh, T., Stramer, K., Bratan, T., Byrne, E., Russell, J., Potts, H.W. (2010), «Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed-method case study», *BMJ*, 340.
- Grimble, R., Wellard, K. (1997), «Stakeholder methodologies in natural resource management: a review of principles, contexts, experiences and opportunities», *Agricultural systems*, 55(2), pp. 173-193.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., Hudson, M. (2002), «What does «access to health care» mean?», *Journal of Health Services Research Policy*, 7(3), pp. 186-188.
- Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M.L. (2019), «Competence-based human resource management in nursing: A literature review», *Nursing forum*, 54(1), pp. 91-101.
- Hajat, C., Stein, E. (2018), «The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review», *Prev Med Rep*, 12, pp. 284-293.

- Hendy, J., Barlow, J. (2012), «The role of the organizational champion in achieving health system change», *Social Science and Medicine*, 74(3), pp. 348-355.
- Hogg, R.A., Varda, D. (2016), «Insights into collaborative networks of nonprofit, private, and public organizations that address complex health issues», *Health Affairs*, 35 (11), pp. 2014-2019
- IIASA (2018), *International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA), Aging Demographic Data Sheet 2018*, Laxenburg, Austria, IIASA, www.iiasa.ac.at.
- ISTAT (2022), «Censimento permanente della popolazione: le famiglie in Italia», disponibile online: https://www.istat.it/it/files//2022/03/Censimento-permanente-della-popolazione_le-famiglie-in-Italia.pdf.
- ISTAT (2022a), «Indagine MULTISCOPO sulle famiglie, aspetti della vita quotidiana».
- ISTAT (2022b), «Rapporto annuale 2022».
- ISTAT (2023), «Aspetti della vita quotidiana», disponibile online: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=15448>.
- Jadad, A.R., Cabrera, A., Martos, F., Smith, R., Lyons, R.F. (2010), *When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge*, Granada, Andalusian School of Public Health.
- Jensen, M.C. (2010), «Value Maximization, Stakeholder Theory, and the Corporate Objective Function», *Journal of Applied Corporate Finance*, 22.1, pp. 32-42.
- Jordan, R.E., Lam, K.B., Cheng, K.K. *et al.* (2010), «Case finding for chronic obstructive pulmonary disease: a model for optimising a targeted approach», *Thorax*, 65(6), pp. 492-498, doi:10.1136/thx.2009.129395.
- Joseph, A.L., Kushniruk, A.W., Borycki, E.M. (2020), «Patient journey mapping: Current practices, challenges and future opportunities in healthcare», *Knowledge management e-learning*, 12(4), 387.
- 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), pp. 1-11.
- Junginger, S. (2015), «Organizational design legacies and service design», *The Design Journal*, 18(2), pp. 209-226.
- Jutte, D.P., Roos, L.L., Brownell, M.D. (2011), «Administrative record linkage as a tool for public health research», *Annual review of public health*, 32, pp. 91-108.
- Kemp, A.H., Arias, J.A., Fisher, Z. (2017), «Social ties, health and wellbeing: a literature review and model», *Neuroscience and Social Science*, pp. 397-427.

- Kingsley, C., Patel, S. (2017), «Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures», *BJA Education*, 17(4), pp. 137-144, <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>.
- Klein, K.J., Sorra, J.S. (1996), «The challenge of innovation implementation», *Academy of management review*, 21(4), pp. 1055-1080.
- Krajewski, L.J., Ritzman, L.P., Malhotra, M.K., Grando, A., Secchi, R. (2015), *Supply chain management: strategie, processi, performance*, Milano, Pearson.
- Kruse, F.M., Stadhouders, N.W., Adang, E.M., Groenewoud, S., Jeurissen, P.P. (2018), «Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review», *The International journal of health planning and management*, 33(2), pp. e434-e453.
- Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) (2021), «La comunicazione della vaccinazione anti COVID-19 sui siti web delle Regioni e Province Autonome italiane».
- Langabeer, J.R. (2008), *Health care operations management: A quantitative approach to business and logistics*, Burlington, Mass., Jones and Bartlett Publishers.
- Latkin, C.A., Knowlton, A.R. (2015), «Social network assessments and interventions for health behavior change: a critical review», *Behavioral Medicine*, 41(3), pp. 90-97.
- Le linee guida sulla telemedicina (2022), <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/02/22A06184/sg>
- Lega, F. (2012), «La gestione del cambiamento strategico nelle Aziende Sanitarie Pubbliche», in *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Milano, Egea, pp. 81-88.
- Leisyte, I., Westerheijden, D.F. (2014), *Stakeholders and Quality Assurance in Education. Drivers and Barriers to Achieving Quality in Higher Education*, Ed. Heather Eggins, Boston, Sense.
- Longo, F. (2021), «Gli strumenti di supporto manageriale per la gestione del community building», in Longo, F., Barsanti, S. (a cura di), *Community Building: logiche e strumenti di management*, Milano, Egea, pp. 117-159.
- Longo, F., Boscolo, P.R., Sottoriva, C.B. (2022), «Un framework per la digitalizzazione del territorio», in *Mecosan*, (122).
- Longo, F., Enrichens, F., Michelutti, P., Chiarolla, E. (2021), «Dimensionamento dei servizi e della capacity di personale e logistica», in *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità*.

- Longo, F., Barsanti, S., Bonciani, M., Bunea, A., Zazzera, A. (2023), «Managing community engagement initiatives in health and social care: lessons learned from Italy and the United Kingdom», *Health Care Management Review*, 48(1), pp. 2-13.
- Longo, F., Manfredi, S., Meda, F., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A. (2022), «Il posizionamento strategico dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti nelle regioni italiane: un'analisi comparata», in *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea, pp. 199-232.
- Longo, F., Ricci, A. (2021), «Quattro epoche in due anni: le dinamiche accelerate di trasformazione del SSN. Quale ruolo strategico per il management delle aziende?», in *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea, pp. 3-36.
- Longo, F., Zazzera, A. (2022), «Dalle Case della Salute a quelle di Comunità: quale vocazione?», *Lombardia Sociale*.
- Lugo-Palacios, D.G., Cairns, J., Masetto, C. (2016), «Measuring the burden of preventable diabetic hospitalisations in the Mexican Institute of Social Security (IMSS) », *BMC health services research*, 16(1), pp.1-8.
- 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), pp. 309-320.
- Maier, C., Kroezen, M., Busse, R., Wismar, M. (eds.) (2022), «Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation», European observatory on health systems and policies.
- 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.A., Rasche, C. (eds.), *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*, New York, Springer International Publishing, pp. 1-18.
- Masseria, C., Giannoni, M. (2010), «Equity in access to health care in Italy: A disease-based approach», *European Journal of Public Health*, 20(5), pp. 504-510.
- Mathes, T., Jaschinski, T., Pieper, D. (2014), «Adherence influencing factors—a systematic review of systematic reviews», *Archives of Public Health*, 72(1), pp. 1-9.
- Matranga, D., Maniscalco, L. (2022), «Inequality in Healthcare Utilization in Italy: How Important Are Barriers to Access?», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1697.
- May, J.C. (2012), «Outcomes evaluation: Care Continuum Alliance research to establish guidance on population health management in provider-driven models», *Population health management*, 15(3), pp. 186-187.

- Mazzola, P., Maria, S., Rimoldi, L., Rossi, P., Noale, M., Rea, F., Facchini, C., Maggi, S., Corrao, G., Annoni, G. (2016), «Aging in Italy: the need for new welfare strategies in an old country», *The Gerontologist*, 56, pp. 383-390, <https://doi.org/10.1093/geront/gnv152>.
- McCarthy, S., O'Raghallaigh, P., Woodworth, S., Lim, Y.L., Kenny, L.C., Adam, F. (2016), «An integrated patient journey mapping tool for embedding quality in healthcare service reform», *Journal of Decision Systems*, 25(sup1), pp. 354-368.
- McGinnis, J.M., Williams-Russo, P., Knickman, J.R. (2002), «The case for more active policy attention to health promotion», *Health affairs*, 21(2), pp. 78-93.
- Mechanic, D., Tanner, J. (2007), «Vulnerable people, groups, and populations: societal view», *Health Affairs*, 26(5), pp. 1220-1230.
- Merzel, C., D'Afflitti, J. (2003), «Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential», *American journal of public health*, 93(4), pp. 557-574.
- Meskó, B., Drobni, Z., Bényei, É., Gergely, B., Gyórfy, Z. (2017), «Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare», *Mhealth*, 20:3:38.
- Miles, S. (2012), «Stakeholders: Essentially Contested or Just Confused?», *Journal of Business Ethics*, 108.3, pp. 285-298.
- Ministero della Salute (2007), «I dipartimenti ospedalieri nel Servizio Sanitario Nazionale».
- Ministero della Salute (2015), «Decreto 2 aprile 2015, n. 70: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2015/06/04/127/sg/pdf>.
- Ministero della Salute (2016), «Piano Nazionale della Cronicità», disponibile online: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.
- Ministero della Salute (2022), «Piano Nazionale della Prevenzione», disponibile a: <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5762&area=prevenzione&menu=obiettivi2020->
- Ministero della Salute (2022), «Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/06/22/144/sg/pdf>.
- Mintzberg, H. (1996), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, Il Mulino.

- Morando, V., Prenestini, A., Rappini, V. (2017), «Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale», in *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Morando V., Tozzi V.D. (2015), «Population health management e PDTA: prove tecniche di implementazione» In *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea,
- Morando, V., Tozzi, V. (2016), «Lo zibaldone delle cure intermedie: Analisi delle esperienze regionali, in Italia e in Europa», in *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea, pp. 509-547.
- Mulgan, G. (2014), «Design in public and social innovation: what works and what could work better», Nesta (ed.), accessed January 15, 2018, https://www.nesta.org.uk/sites/default/files/design_what_works_what_could_work_better.pdf.
- Muka, T., Imo, D., Jaspers, L., Colpani, V., Chaker, L., van der Lee, S.J., Mendis, S., Chowdhury, R., Bramer, W.M., Falla, A., Pazoki, R. (2015), «The global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review», *European journal of epidemiology*, 30, pp. 251-277.
- Murray, C.J., Frenk, J. (2000), «A framework for assessing the performance of health systems», *Bulletin of the world Health Organization*, 78, pp. 717-731.
- Nasi, G., Cucciniello, M., Guerrazzi, C. (2015), «The role of mobile technologies in health care processes: the case of cancer supportive care», *Journal of medical Internet research*, 17(2), e26.
- Naylor, M.D., Aiken, L.H., Kurtzman, E.T., Olds, D.M. (2011) «The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform», *Health Affairs*, 30(4), pp.746–54.
- Nuño, R. *et al.* (2012), «Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICC framework», *Health Policy*, 105(1), pp. 55-64.
- Nuti, S., Seghieri, C., Vainieri, M. (2013), «Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience», *Journal of Management & Governance*, 17, pp. 59-69.
- Nuti, S., Seghieri, C., Vainieri, M., Zett, S. (2012), «Assessment and improvement of the Italian healthcare system: first evidence from a pilot national performance evaluation system», *Journal of healthcare management*, 57(3), pp. 182-199.
- OCSE (2013), «A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care», OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing
- OCSE (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Paris, OECD Publishing, disponibile online: <https://doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

- OCSE (2021), «Ageing and demographic change», disponibile al link: <https://www.oecd.org/economy/ageing-inclusive-growth/>.
- OCSE (2021), «Ageing and Long-term Care», disponibile al link: <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>.
- Oliver, A. (2004), «Equity of access to health care: Outlining the foundations for action», *Journal of Epidemiology Community Health*, 58(8), pp. 655-658. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.017731>.
- Orlikowski, W.J. (2000), «Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations», *Organization Science*, 11(4), pp. 404-428.
- Ortega, J. (2001), «Job rotation as a learning mechanism», *Management science*, 47(10), pp. 1361-1370.
- Orts, E.W., Strudler, A. (2009), «Putting a Stake in Stakeholder Theory», *Journal of Business Ethics*, 88. Supp4, pp. 605-615.
- Osborne, S. P., Cucciniello, M., Nasi, G., Zhu, E. (2022), «Digital transformation, artificial intelligence and effective public services: challenges and opportunities», *Global Public Policy and Governance*, pp. 1-4.
- Pacileo, G., Tozzi, V. D., Sotgiu, G., Aliberti, S., Morando, V., Blasi, F. (2019), «Administrative databases and clinical governance: The case of COPD», *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), pp. 177-186.
- Palladino, R., Tayu Lee, J., Ashworth, M., Triassi, M., Millett, C. (2016), «Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries», *Age and ageing*, 45(3), pp.431-435.
- Palumbo, R. (2016), «Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review», *International Journal of Public Sector Management*.
- Pandolfi, P., Collina, N., Marzaroli, P., Stivanello, E., Musti, M.A., Giansante, C., Perlangeli, V., Pizzi, L., De Lisio, S., Francia, F. (2016), «Development of a predictive model of death or urgent hospitalization to identify frail elderly», *Epidemiologia e Prevenzione*, 40(6), pp. 395-403.
- PASSI, «Patologie croniche nella popolazione residente in Italia secondo i dati PASSI e PASSI d'Argento», disponibile a <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronici-ta#:~:text=Su%20una%20popolazione%20residente%20in,4%20milioni%20siano%20ultra%2065enni>.
- Patrício, L., Sangiorgi, D., Mahr, D., Čaić, M., Kalantari, S., Sundar, S. (2020), «Leveraging service design for healthcare transformation: Toward people-centered,

- integrated, and technology-enabled healthcare systems», *Journal of Service Management*, 31(5), pp. 889-909.
- Penchansky, R., Thomas, J.W. (1981), «The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction», *Medical Care*, 19(2), pp. 127-140.
- Perry, J.L., Wise, L.R. (1990), «The motivational bases of public service», *Public administration review*, pp. 367-373.
- Pesaresi, F. (2022), «Gli ospedali di Comunità. Come saranno. I luoghi della cura online(2)», <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/04/gli-ospedali-di-comunita-come-saranno/>.
- Petracca, F., Ciani, O., Cucciniello, M., Tarricone, R. (2020), «Harnessing Digital Health Technologies During and After the COVID-19 Pandemic: Context Matters», *J Med Internet Res.*, 22(12).
- Petrelli, A., Di Napoli, A., Demuru, E., Ventura, M., Gnavi, R., Di Minco, L., Tamburini, C., Mirisola, C., Sebastiani, G. (2020), «Socioeconomic and citizenship inequalities in hospitalisation of the adult population in Italy», *PloS one*, 15(4), p.e0231564.
- Petrelli, A., Di Napoli, A., Sebastiani, G., Rossi, A., Demuru, E., Costa, G., Zengarini, N., Alicandro, G., Marchetti, S., Marmot, M., Frova, L., 2019. «Italian Atlas of mortality inequalities by education level», *Epidemiologia e prevenzione*, 43(1S1), pp.1-120.
- Petrelli, A., Sebastiani, G., Di Napoli, A., Macciotta, A., Di Filippo, P., Strippoli, E., Mirisola, C., d'Errico, A. (2022), «Education inequalities in cardiovascular and coronary heart disease in Italy and the role of behavioral and biological risk factors», *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 32(4), pp. 918-928.
- Pfannstiel, M.A., Rasche, C. (2019), *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*, New York, Springer International Publishing.
- Phillips, R.A. (2011), *Stakeholder Theory*, Northampton, Elgar.
- Pitchforth, E., Nolte, E., Corbett, J., Miani, C., Winpenny, E., van Teijlingen, E., Elmore, N., King, S., Ball, S., Miler, J., Ling, T. (2017), «Community hospitals and their services in the NHS: Identifying transferable learning from international developments – scoping review, systematic review, country reports and case studies», *Health Services and Delivery Research*, 5(19), pp. 1-220.
- Pon Gov Cronicità (2022), *Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT. Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità*.

- Popay, J., Attree, P., Hornby, D., Milton, B., Whitehead, M., French, B., ... Povall, S. (2007), *Community engagement in initiatives addressing the wider social determinants of health: a rapid review of evidence on impact, experience and process*, Lancaster, University of Lancaster.
- Porter M.E., Lee T.H. (2013), «The strategy that will fix health care», *Harvard business review*, 91, pp. 1-19.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2014), «Patto per la salute 2014-2016», disponibile online: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2986_listaFile_item-Name_8_file.pdf.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2019), «Patto per la salute 2019-2021», disponibile online: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616>.
- Prince, M.J., Fan, W., Yanfei, G., Gutierrez Robledo, L.M., O'Donnell, M., Sullivan R., Yusuf S. (2015), «The Burden of disease in older people and implications for health policy and practice», *The Lancet* 385, pp. 549-562.
- Principali, M. (2021), «Il nuovo manuale operativo ReNaTuNS per la gestione dei casi di tumore naso-sinusale», *Epidemiol Prev*, 45(4), pp. 296-301.
- Programma Nazionale Esiti (PNE), Edizione 2022, disponibile a https://pne.agenas.it/main/doc/Report_PNE_2022.pdf ultimo accesso 28/02/2023.
- Rea, F., Corrao, G., Ludernani, M., Cajazzo, L., Merlino, L. (2019), «A new population-based risk stratification tool was developed and validated for predicting mortality, hospital admissions, and health care costs», *Journal of Clinical Epidemiology*, 116, pp. 62-71.
- Rea, F., Savaré, L., Valsassina, V., Ciardullo, S., Perseghin, G., Corrao, G., Mancia, G. (2023), «Adherence to antidiabetic drug therapy and reduction of fatal events in elderly frail patients», *Cardiovascular Diabetology*, 22(1), pp. 1-10.
- Regine, V., Pugliese, L., Suligoj, B., 2018. «Le sorveglianze HIV regionali in Italia: la base per il futuro sistema nazionale», *Epidemiol Prev*, 42(3-4), pp. 235-242.
- Regione Lazio (2023), Direzione salute e integrazione sociosanitaria. Determinazione 28 febbraio 2023, n. G02706.
- Rennie, A., Protheroe, J. (2020), *How people decide what to buy lies in the 'messy middle' of the purchase journey*, Google.com.
- Rijken, M., Hujala, A., van Ginneken, E., Melchiorre, M.G., Groenewegen, P., Schellevis, F. (2018), «Managing Multimorbidity: Profiles of Integrated Care Approaches Targeting People with Multiple Chronic Conditions in Europe», *Health Policy*, 122(1), pp. 44-52.

- Rogers, E.M. (1995), *The Diffusion of Innovations*, 4th ed., New York, Free Press.
- Rogers, E.M. (2004), «A Prospective and Retrospective Look at the Diffusion Model», *Journal of Health Communication*, 9(9), pp. 13-19.
- Russo, A., Perrini, F. (2010), «Investigating Stakeholder Theory and Social Capital: CSR in Large Firms and SMEs», *Journal of Business Ethics*, 91.2, pp. 207-221.
- Sandulli, M.A., Posteraro, N. (2021), «L'assistenza domiciliare integrata: esperienze, problemi e prospettive», in *L'assistenza domiciliare integrata: problemi, esperienze e prospettive*, Vol. 1, Napoli, Editoriale Scientifica.
- Sangiorgi, D. (2011), «Transformative services and transformation design», *International Journal of Design*, 5(2), pp. 29-40.
- Scavarda, A., Costa, G., Beccaria, F. (2021), «Using Photovoice to understand physical and social living environment influence on adherence to diabetes», *Health*, p. 13634593211020066.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A. (1994), «The new world of managed care: creating organized delivery systems», *Health affairs*, 13(5), pp. 46-64.
- Sibbald, B., Shen, J., McBride, A. (2004), «Changing the skill-mix of the health care workforce», *Journal of health services research policy*, 9(1_suppl), pp. 28-38.
- Silan, M., Caperna, G., Boccuzzo, G. (2019), «Quantifying Frailty in Older People at an Italian Local Health Unit: A Proposal Based on Partially Ordered Sets», *Social Indicators Research*, 146, pp. 757-782.
- Silan, M., Signorin, G., Ferracin, E., Listorti, E., Spadea, T., Costa, G., Boccuzzo, G. (2022), «Construction of a frailty indicator with partially ordered sets: a multiple-outcome proposal based on administrative healthcare data», *Social Indicators Research*, 160(2-3), pp. 989-1017.
- 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), pp. 237-247.
- Smith, J. (2001), «Redesigning health care: radical redesign is a way to radically improve», *BMJ*, 322, pp. 1257-1258.
- South, J. (2015), «A guide to community-centred approaches for health and wellbeing», Public Health London.
- Szreter, S., Woolcock, M. (2004), «Health by Association? Social Capital, Social Theory, and the Political Economy of Public Health», *International Journal of Epidemiology*, 33, pp. 650-667.

- Tedeschi, P., Tozzi, V. (2004), *Il governo della domanda: tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, Milano, McGraw-Hill.
- Tozzi, V.D., Longo, F., Pacileo, G., Salvatore, D., Pinelli, N., Morando, V. (2014), *PDTA standard per le patologie croniche*.
- Tozzi, V.D., Pacileo, G., Morando, V. Blasi, F. (2015), *Population health management: Il caso della broncopneumopatia cronica costruttiva (BPCO)*, Milano, Egea.
- Tozzi, V.D., Zazzera, A., Ferrara, L., Bordon, B., Cacciapuoti, I., Cipriani, M., De Luca, G., Di Somma, M.R., Gabbianelli, M., Gabrielli, D., Ghiotto, M.C., Locati, F., Mastrobuono, I., Merlino, L., Roti, L., Tecleme, P., «Position paper sulle politiche per la cronicità e sugli interventi per la gestione dello scompenso cardiaco», *Mecosan* – ISSN 1121-6921, ISSN 2384-8804, 2019, 111.
- Tynkkynen, L.K., Vrangbæk, K. (2018), «Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe», *BMC health services research*, 18(1), pp. 1-14.
- Umberson, D., Karas Montez, J. (2010), «Social relationships and health: a flashpoint for health policy», *Journal of health and social behavior*, 51(1_suppl), pp. S54-S66.
- Valentine, M.A. Edmondson, A.C. (2015), «Team Scaffolds: How Mesolevel Structures Enable Role-Based Coordination in Temporary Groups», *Organization Science*, 26(2), pp. 405-422.
- Van de Ven, A.H., Polley, D.E., Garud, R., Venkataraman, S. (1999), *The Innovation Journey*, Oxford, Oxford University Press.
- Villa, S. (2012), *L'operations management a supporto del sistema di operazioni aziendali: modelli di analisi e soluzioni progettuali per il settore sanitario*, Padova, CEDAM.
- Villa, S., Cifalinò, A. (2016), «La gestione dei flussi logistici nell'assistenza territoriale: modelli e driver di cambiamento», in *Mecosan*, 99, pp. 9-42.
- Vineis, P., Avendano-Pabon, M., Barros, H., Bartley, M., Carmeli, C., Carra, L., Chadeau-Hyam, M., Costa, G., Delpierre, C., d'Errico, A., Fraga, S. (2020), «Special report: the biology of inequalities in health: the lifepath consortium», *Frontiers in public health*, 8, p. 118.
- Walsh, C.A., Cahir, C., Tecklenborg, S., Byrne, C., Culbertson, M.A., Bennett, K.E. (2019), «The association between medication non-adherence and adverse health out-comes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis», *British journal of clinical pharmacology*, 85(11), pp. 2464-2478.

- Wellman, B., Berkowitz, S.D. (1988), *Social Structures: A Network Approach*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WHO (2003), «Adherence to long-term therapies: evidence for action».
- WHO (2020), «Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people», retrieved August 28, 2021 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529>.
- WHO (2022), «Primary health care: making our commitments happen: realizing the potential of primary health care: lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region», World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO (2022a), «Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them».
- Wilder, M.E., Kulie, P., Jensen, C. *et al.* (2021), «The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis», *J Gen Intern Med.*, 36(5), pp. 1359-1370.
- Winpenny, E.M., Corbett, J., Miani, C., King, S., Pitchforth, E., Ling, T., van Teijlingen, E., Nolte, E. (2016), «Community Hospitals in Selected High Income Countries: A Scoping Review of Approaches and Models», *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 13.
- Yin, R.K. (2009), *Case study research: Design and methods*, Vol. 5, London, Sage.
- 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), pp. 40-58.
- Zahra, A.S., George, G. (2002), «Absorptive Capacity: A Review, Reconceptualization and Extension», *Academy of Management Review*, 27(2), pp. 185-203.
- Zazzera, A., Ferrara, L., Tozzi, V.D., Goletti, M., Romagnuolo, M., De Giuli, R. (2020), «COA – Centrale operativa aziendale dell'ASL Roma 1», in *Trasformazione del settore delle cure e cambiamenti in neurologia*, Milano, Egea.
- Zazzera, A., Ferrara, L., Tozzi, V.D (2021), «Care Transition for complex patients: a frame-work to analyse and develop the Operating Centres for Transition», *Journal of integrated care*, 29(4), pp. 425-438.
- Zazzera, A., Longo, F. (2018), «Operations management delle cure primarie: quali standard di servizio per servire l'intera popolazione cronica?», *Mecosan*, 108, pp. 55-73.

Gli Autori

Michela Bobini è Junior Lecturer presso la SDA Bocconi School of Management nella Divisione GHNP. Ha conseguito una laurea triennale in Economia e Management e una laurea magistrale in Economia e Gestione delle Organizzazioni Governative e Internazionali, entrambi presso l'Università Bocconi. Attualmente è dottoranda in Health System and Service Research presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma). I suoi interessi di ricerca riguardano principalmente i temi della gestione strategica delle organizzazioni sanitarie, della progettazione e digitalizzazione dei servizi sanitari e della sostenibilità ambientale. Utilizza principalmente metodi di ricerca qualitativi e misti.

Paola Roberta Boscolo è ricercatrice in Government, Health and Not for Profit (GHNP) presso la SDA Bocconi School of Management ed è affiliata al CeRGAS (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale). È professore a contratto presso l'Università Bocconi e Visiting Scientist presso l'Istituto Italiano di Tecnologia (IIT) di Genova. Paola Roberta ha conseguito un dottorato di ricerca in Management presso l'Imperial College Business School e una laurea e un master in Economia e gestione delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali presso l'Università Bocconi. I suoi interessi di ricerca includono la gestione dell'innovazione e della tecnologia nel settore sanitario e delle scienze della vita, con un particolare interesse per l'impatto delle innovazioni digitali e medtech su professionisti e organizzazioni. Attualmente si occupa anche di innovazione e imprenditorialità, per le startup e le scale up del settore digital health e medtech. Utilizza principalmente metodi di ricerca qualitativi e spesso disegni di ricerca a metodi misti.

Claudio Buongiorno Sottoriva è Knowledge Analyst presso la SDA Bocconi School of Management nel gruppo Government, Health and Not for Profit. È affiliato al CeRGAS dove è coinvolto in progetti di ricerca e consulenza nazionali e internazionali. I suoi interessi di ricerca si concentrano sui temi della gestione delle risorse umane in ambito pubblico e sanitario, del design dei ser-

vizi pubblici, sociali e sanitari e della digitalizzazione. Ha conseguito una laurea in Scienze Economiche e Sociali e un master in Economia e Gestione delle Organizzazioni Governative e Internazionali, entrambi presso l'Università Commerciale "Luigi Bocconi".

Federica Dalponte è Knowledge Analyst presso la SDA Bocconi School of Management nella divisione Government, Health and Not for Profit, dove è affiliata al CeRGAS. Ha conseguito una laurea in Economia e Scienze Sociali e un master in Economia e Gestione delle Organizzazioni Governative e Internazionali, entrambi presso l'Università Commerciale "Luigi Bocconi". Attualmente Federica è dottoranda presso il Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi dell'Università degli Studi di Milano. I suoi interessi di ricerca ruotano attorno ai temi della gestione dell'assistenza sanitaria e sociale, tra cui l'assistenza primaria, l'assistenza integrata, l'assistenza sanitaria basata sulla comunità e le malattie croniche. Utilizza un mix di metodi di ricerca quantitativi e qualitativi.

Lucia Ferrara, PhD, MsC è Professore Associato di Practice presso la SDA Bocconi School of Management, Divisione GHNP. Ha conseguito un dottorato di ricerca in Valutazione delle politiche sanitarie e sociali presso l'Università di Bari, un master in Sociologia, Salute e Politiche sociali presso l'Università di Bologna e un master in Economia sanitaria e politiche sanitarie presso il Coripe Piemonte - Consorzio per la ricerca e la formazione continua in economia, Università di Torino. Dal 2016 lavora nel campo del management sanitario presso il CeRGAS SDA Bocconi. Le sue attività di ricerca si concentrano sulla gestione della salute della popolazione, sui big data e sulla clinical governance, sul finanziamento dei sistemi sanitari, sui pagamenti a pacchetto, sulla gestione dei processi, sulla valutazione dei sistemi sanitari e sull'assistenza integrata. È membro dell'Associazione europea di gestione sanitaria (EHMA).

Rita Florio è Junior Researcher di Government, Health and Not for Profit presso la SDA Bocconi School of Management. Ha conseguito un dottorato di ricerca in Politiche e Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi, un master in Economia e Gestione delle Amministrazioni Pubbliche e delle Organizzazioni Internazionali presso l'Università Bocconi e un master in Affari Europei presso SciencePo. I suoi interessi di ricerca riguardano la gestione delle organizzazioni pubbliche, in particolare nel settore sanitario; le dinamiche organizzative tra professionisti e i ruoli ibridi all'interno di organizzazioni complesse; l'etica, i dilemmi etici e il pluralismo dei valori nel servizio pubblico; la gestione delle crisi e delle emergenze.

Laura Giudice è Junior Lecturer di Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management. È membro del CeRGAS e di OCPS (Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità), con i quali ha condotto numerosi progetti di ricerca e formazione con aziende pubbliche e private in ambito sanitario. Laura è anche Teaching Assistant dell'Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie e Socio-Assistenziali, EMMAS. I suoi interessi di ricerca si focalizzano su temi di management e policy in ambito sanitario. Laura ha conseguito il BSc in International Economics, Management and Finance e il MSc in Economics and Management for Government and International Organizations, entrambi presso l'Università Bocconi.

Francesca Guerra è Knowledge Analyst presso la SDA Bocconi School of Management nella divisione Government, Health and Non-Profit, dove è affiliata al CeRGAS. Ha conseguito una laurea triennale e magistrale in Management, entrambe presso l'Università Bocconi. I suoi interessi di ricerca includono: la gestione strategica delle organizzazioni sanitarie, la progettazione e digitalizzazione dei servizi sanitari, l'assistenza sanitaria e sociale integrata con particolare riferimento alla gestione delle malattie croniche.

Elisabetta Listorti è Junior Researcher presso il Government, Health and Not for Profit Knowledge Group della SDA Bocconi School of Management, dove è affiliata al CeRGAS. Ha conseguito il dottorato di ricerca in Management, Production and Design presso il Politecnico di Torino, un master in Ingegneria gestionale presso il Politecnico di Torino e un master in Epidemiologia presso l'Università di Torino. I suoi interessi di ricerca si concentrano sulla valutazione economica e organizzativa dei percorsi sanitari attraverso l'analisi quantitativa di dati reali e metodi qualitativi. È membro dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE), dove partecipa attivamente al Gruppo Giovani. È membro della direzione scientifica della rivista italiana *Epidemiologia&Prevenzione*.

Francesco Longo è professore associato presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università Bocconi e direttore dell'Osservatorio sulle Organizzazioni e le Politiche Sanitarie (OASI) del CeRGAS. Ha conseguito la laurea magistrale in Economia Pubblica presso l'Università Bocconi con indirizzo in politiche pubbliche e management. Dal 2022 è membro del Consiglio Superiore di Sanità. È un membro attivo dell'European Group for Public Administration (EGPA), dove ricopre il ruolo di co-presidente del panel di ricerca sulla strategia pubblica. I suoi interessi di ricerca ruotano attorno alla gestione della sanità e del settore pubblico, con particolare attenzione alla strategia pubblica, ai problemi di attuazione delle politiche, alla governance delle reti e ai modelli di *sharing/platform economy* per i servizi pubblici.

Francesca Meda è Junior Research Fellow presso la SDA Bocconi School of Management nella divisione Government, Health and Not for Profit, dove è affiliata al CeRGAS. Ha conseguito una laurea in Economia e Scienze Sociali e un master in Economia e Gestione delle Organizzazioni Governative e Internazionali, entrambi presso l'Università Bocconi. Attualmente è dottoranda in Management dell'innovazione, della sostenibilità e della sanità presso la Scuola Superiore Sant'Anna (Pisa), con particolare attenzione al *service design* e al *service management*. I suoi interessi di ricerca e le sue pubblicazioni scientifiche riguardano principalmente i temi del management dell'assistenza sanitaria e sociale, del *service design*, dell'assistenza integrata e comunitaria, del welfare *service management*. Utilizza principalmente metodi di ricerca qualitativi e misti.

Francesco Petracca è Junior Lecturer del Government, Health and Not for Profit Knowledge Group presso la SDA Bocconi School of Management. Francesco ha conseguito un Master in Economia e Gestione delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali presso l'Università Bocconi. Le sue attività di ricerca si concentrano sulle tecnologie digitali per la salute, con particolare attenzione al software medico, e ruotano attorno alla regolamentazione e alla valutazione del valore di queste tecnologie, alla loro implementazione nelle organizzazioni e all'impatto sulla gestione delle malattie croniche. Utilizza un mix di metodi di ricerca quantitativi e qualitativi.

Luigi Preti è Junior Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management. È membro dell'OCPS (Osservatorio sui consumi sanitari privati) e Teaching Assistant del Master MiMS (Management per la Sanità). Ha conseguito una laurea in Scienze Economiche e Sociali e un Master in Economia e Gestione delle Organizzazioni Governative e Internazionali presso l'Università Bocconi. Attualmente è dottorando in Economia Applicata e Management presso l'Università di Pavia. I suoi interessi di ricerca riguardano le politiche di finanziamento della sanità e la gestione strategica delle organizzazioni sanitarie.

Valeria Tozzi è professore associato di Practice of Government, Health and Not for Profit presso la SDA Bocconi School of Management. In SDA Bocconi è direttore del Master MiMS (Management per la Sanità). Le sue attività di ricerca si concentrano sulla governance clinica, con un particolare interesse per tre temi principali: ridisegno delle logiche di presa in carico per specifiche condizioni di salute attraverso l'approccio della gestione dei processi in sanità. Modelli di gestione della salute di popolazione, organizzazione a rete di specifici servizi areali o di patologia (rete clinica) e sistemi finanziari a pacchetto; il rapporto tra comunità manageriale e medica sui temi delle politiche e degli strumenti di gestione. È autrice di numerosi libri e articoli sull'argomento. I

suoi lavori sono stati pubblicati su riviste di riferimento per la comunità clinica e manageriale internazionale (*Health Policy, Journal of Thoracic Oncology*) o nazionale come *Mecosan, Rapporto Oasi, Management ed economia sanitaria* ed *Economia e Politica del farmaco*. Ha curato numerose pubblicazioni sui contenuti specifici della clinical governance tra cui PDTA standard per le patologie croniche (2014), Population Health Management (2015) o Dipartimenti di Salute Mentale in Italia (2017). È coordinatrice scientifica, responsabile e ricercatrice di numerosi progetti di ricerca di base, ricerca intervento e ricerca combinata per lo sviluppo organizzativo e manageriale in ambito sanitario. Valeria ha conseguito la laurea in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi e il dottorato di ricerca in Economia presso l'Università di Parma.

Angelica Zazzera è Junior Research Fellow presso il Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale della SDA Bocconi School of Management. Ha conseguito una laurea in Economia e gestione delle arti, della cultura e della comunicazione presso l'Università Bocconi e un master in Management presso l'Università Bocconi. I suoi interessi di ricerca riguardano le politiche e le problematiche gestionali delle cure primarie, dell'assistenza integrata, delle malattie croniche, della governance clinica e dei modelli di governo e organizzazione del sistema sanitario.

Management della cronicità

La prevenzione e la gestione delle malattie croniche è una priorità per il nostro Paese: i cronici in Italia sono il 38% della popolazione, ovvero 23 milioni di persone, mentre i non autosufficienti sono 4 milioni. Il 70% delle risorse del SSN sono utilizzate per cronici e fragili e la condizione di cronicità dura in media 27 anni delle nostre vite (55-82). Il SSN deve trasformarsi da un sistema pensato prevalentemente per pazienti acuti o occasionali ad uno capace di intervenire sulla prevenzione e sulla cura delle cronicità e fragilità. Questo richiede di ripensare le logiche di settore, partendo da un quadro di attese legato allo stato di salute delle persone.

Il management della gestione per processi di erogazione è una delle sfide da implementare. I percorsi di prevenzione-diagnosi-cura si sviluppano a cavallo tra aziende diverse (non solo pubbliche), chiamate a integrarsi e coordinarsi intorno a processi di presa in carico di lunga durata, dove diventano cruciali funzioni nuove come il reclutamento proattivo, il *case management*, la verifica dell'aderenza alle terapie, il monitoraggio da remoto, la multicanalità comunicativa ed erogativa, l'*empowerment* del paziente e dei *caregiver*.

Il PNRR offre grandi opportunità per costruire nuove configurazioni della rete dei servizi che ne valorizzi l'integrazione (Casa della Comunità, Ospedale di Comunità, COT, ecc.). Il presente contributo discute come sviluppare e gestire questi contenuti.