

La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: quali variabili strategiche?

Francesco Longo, Francesca Guerra, Angelica Zazzera*

Lo studio analizza il DM77/22 per evidenziare gli spazi di indeterminazione e i conseguenti trade-off decisionali che i decisori regionali e aziendali devono affrontare per ripianificare i servizi territoriali. La ricerca evidenzia quattro spazi di indeterminazione che riguardano le modalità di gestione della sanità di iniziativa, le forme di accesso e CRM, il modello organizzativo del territorio, i modelli di presa in carico della cronicità e alcuni trade-off che ne derivano. Per rispondere ai trade-off si propongono alcune prospettive di analisi che riguardano le tecniche di stratificazione dei pazienti, l'interpretazione del concetto di prossimità, l'incidenza del digitale nei servizi, il ruolo e l'organizzazione delle professioni sanitarie.

Parole chiave: assistenza territoriale, PNRR, DM77, trade-off decisionali, variabili strategiche.

Articolo sottomesso: 03/10/2022, accettato: 08/02/2023

* Francesco Longo, Università Bocconi. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4082-9094>.

Francesca Guerra, Cergas SDA Bocconi.

Angelica Zazzera, SDA Bocconi. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3117-6944>.

Innovating outpatient and community care: which are the strategic variables available for local policy makers?

The study analyzes DM77/22 to highlight the undefined areas and the consequent decision-making trade-offs that regional and LHAs decision makers will face in the re-planning of outpatient healthcare services. The research highlights four undefined areas that relate to how proactive healthcare is managed, patient access and CRM, the organizational model of outpatient care, models for taking care of chronicity and the resulting trade-offs. To answer to those trade-offs, different perspectives are proposed concerning patient stratification techniques, the interpretation of the concept of proximity, the role of digitalization in healthcare services, and the organization of healthcare professionals.

Keywords: community care, outpatient care, national policy, policy trade-offs, strategic variables.

First submission: 03/10/2022, accepted: 08/02/2023

1. Introduzione

Il Decreto 23 maggio 2022 n. 77 (DM77) "Regolamento recante la

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Il contesto di policy: PNRR e DM77 come spinta al ripensamento dell'assistenza sanitaria territoriale
3. Obiettivi e metodi
4. Risultati
5. Conclusioni

definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" è il documento regolatorio dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, recante l'obiettivo di ispirare interventi di potenziamento relativi all'assistenza socio-sanitaria territoriale per migliorare il modello di presa in carico e gestione del paziente, come previsto dalla Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il DM77 indica gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale e rappresenta la base normativa per la stesura dei documenti programmatori complementari ai Piani Operativi Regionali (allegati al Contratto Istituzionale di Sviluppo-CIS) pubblicati dalle Regioni nella primavera del 2022. Nei Piani Operativi, le Regioni hanno delineato gli Action Plan per gli investimenti di attuazione regionale con riferimento alle strutture territoriali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità ecc.). Dalla data di pubblicazione del DM77, le Regioni hanno avuto sei mesi di tempo per adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale (DM77).

Il DM77 rappresenta il primo atto di riforma dell'assistenza territoriale dalla Legge Balduzzi del 2012 e costituisce il punto di partenza per ridefinire obiettivi, funzioni e servizi delle strutture territoriali, oltre a un ripensamento di ruoli e responsabilità dei professionisti che operano in tali strutture o vi afferiscono (medici di medicina generale – MMG, pediatri di libera scelta – PLS, specialisti territoriali, infermieri, operatori sanitari ecc.).

Mentre su alcuni aspetti (per esempio gli standard di popolazione per le

infrastrutture di servizio territoriale e gli obiettivi di massima) il DM77 indica chiaramente gli elementi da ritenere obbligatori e che le Regioni sono tenute a implementare, su molte altre aree di programmazione il decisore nazionale lascia spazio di azione alle autonomie locali. Si profila quindi uno scenario in cui, a fronte di alcune specifiche indicazioni ministeriali sulla costruzione delle infrastrutture dell'assistenza territoriale dei prossimi anni, molte sono le questioni la cui definizione viene demandata alle Regioni, e in un secondo momento eventualmente alle ASL, sulle quali si richiede ai policy maker locali una riflessione puntuale e contestualizzata. Come infatti è indicato dai documenti istituzionali, la declinazione in chiave locale del DM77 è un compito che tutte le Regioni sono chiamate a svolgere, in quanto costituisce l'atto normativo complementare ai Piani Operativi Regionali che hanno individuato le nuove strutture. È in questo contesto, dunque, che gli spazi di autonomia diventano un'occasione per il decisore regionale o aziendale non solo di recepire indicazioni e vincoli nazionali ma di innovare e riformare strategicamente l'intero sistema di assistenza territoriale regionale, coerentemente con la propria cultura e le proprie strategie per il futuro.

Sulla base di tali premesse, il presente lavoro mira a definire quali sono gli spazi di autonomia presenti nel DM77, di cui le Regioni o le aziende sanitarie locali si possono avvalere nella pianificazione strategica dell'assistenza territoriale. Inoltre, il lavoro mira a offrire delle chiavi interpretative per affrontare i trade-off di policy che derivano da questi spazi di autonomia. In particolare, nel paragrafo 2 viene sinteticamente

esposto il contesto di policy di riferimento, con un focus sui contenuti della Missione 6 del PNRR e sulle principali indicazioni del DM77, documento oggetto di analisi della ricerca. Nel paragrafo 3 sono esplicitati gli obiettivi e i metodi utilizzati, costituiti da un'analisi desk, un focus group e un tavolo di lavoro cui ha preso parte un gruppo tecnico. Successivamente, nel paragrafo 4, vengono esposti i principali risultati emersi: nella sezione si riportano le quattro aree tematiche individuate come strategiche dall'analisi desk e sulle quali il DM77 presenta un certo grado di indeterminazione (sanità di iniziativa, accesso e customer relationship management, modello organizzativo del territorio, modelli di presa in carico della cronicità) e si sintetizzano i risultati derivanti dal dibattito dei focus group, sintetizzabili in 15 trade-off di policy. Nella sezione 4.2, invece, si propongono le prospettive e le chiavi interpretative emerse dalla discussione del gruppo tecnico per orientarsi tra i trade-off di progettazione dei servizi territoriali. Infine, le conclusioni, descritte nel paragrafo 5, mostrano come la ricerca lasci spazio ad alcune future linee di sviluppo.

2. Il contesto di policy: PNRR e DM77 come spinta al ripensamento dell'assistenza sanitaria territoriale

Il PNRR delinea le traiettorie di sviluppo per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, proponendo un ripensamento dell'organizzazione dei servizi e dei modelli di offerta. Il primo set di interventi (Missione 6 Componente 1 – M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”) è finalizzato a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al

potenziamento delle strutture (come la Casa della Comunità e gli Ospedali di Comunità), dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Il secondo (Missione 6 Componente 2 – M6C2) prevede invece misure che pongono l'accento sull'innovazione dei servizi, sul rinnovamento dei ruoli professionali e sui processi di digitalizzazione del SSN. In particolare, nell'investimento 1 della Missione 6C1 “Case della comunità e presa in carico della persona” si prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026, per un investimento pari a 2 miliardi di euro. La Casa della Comunità viene identificata come una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare, punto di riferimento continuativo per la popolazione, finalizzata a garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. L'investimento 2 della Missione 6C1 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” ha come obiettivo quello di prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione over 65 tramite assistenza domiciliare. Per fare ciò, l'enfasi viene posta sull'identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari, che si basi fortemente sulla telemedicina e che venga facilitata dall'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una per ogni distretto, aventi la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza (per le COT l'investimento ammonta a 0,28 miliardi di euro). L'investimento per la telemedicina è pari a 1 miliardo di euro, e mira a promuovere i protocolli di monitoraggio da remoto

e a ridurre gli attuali divari geografici grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia. Il terzo investimento della Missione 6C1 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" verte sullo sviluppo di 381 nuovi Ospedali di Comunità nel prossimo triennio. Tali strutture dovrebbero potenziare l'assistenza territoriale collocandosi come offerta intermedia tra domicilio e ricovero ospedaliero, avendo la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette. Gli Ospedali di Comunità potranno essere localizzati in una sede propria, all'interno di una Casa della Comunità o in altre strutture sanitarie o socio-sanitarie.

Gli ingenti investimenti previsti dalle due missioni, 7 miliardi per la M6C1 e 8,63 miliardi per la M6C2, sono classificati come investimenti in conto capitale (Longo e Ricci, 2021) e non prevedono quindi la possibilità di finanziare spese correnti aggiuntive, come per esempio l'assunzione di nuovo personale. Sono pensati per favorire un potenziale aumento della produttività della spesa corrente data, sostenendo una possibile ricollocazione e riqualificazione dello stesso, nel tentativo di allineare il portafoglio dei servizi all'epidemiologia emergente e gli standard di servizi ai volumi di pazienti nel rispetto dei vincoli di spesa. La spesa in conto capitale comprende, oltre agli investimenti materiali relativi alla costruzione di muri, anche investimenti di tipo immateriale che possono riguardare la ricomposizione della frammentazione erogativa, la crescita delle competenze, la re-ingegnerizzazione di processi e la trasformazione del format dei servizi (Longo e Ricci, 2021).

Il DM77 declina sotto forma di indicazioni nazionali gli obiettivi, le funzioni e gli standard alla base degli interventi previsti dalla M6C1 che dovranno essere rispettati nello sviluppo della programmazione dei servizi sanitari regionali. In particolare, il decreto delinea gli obiettivi strategici di riferimento e la governance del sistema, proponendo un modello organizzativo fortemente incentrato sul ruolo del Distretto sanitario. Definisce poi le strutture che compongono la rete dei servizi territoriali, gli standard delle stesse in rapporto alla popolazione (in termini di bacino di riferimento e novero dei servizi obbligatori e facoltativi) insieme ai parametri relativi al mix di personale che si occuperà della loro gestione e funzionamento. Tratteggia inoltre le funzioni che dovranno essere svolte dai professionisti come Medici di Medicina Generale (MMG), Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) e Specialisti e quali processi e sistemi di coordinamento dovranno essere implementati. All'interno del Decreto vengono elencate le strutture e i servizi che dovranno essere garantiti all'interno del Distretto: Casa della Comunità, Infermiere Di Famiglia O Comunità, Unità Di Continuità Assistenziale, Centrale Operativa Territoriale, Centrale Operativa 116117, Assistenza Domiciliare, Ospedale Di Comunità, Rete delle Cure Palliative, Servizi per la Salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, servizi di Telemedicina. Il Decreto traccia un punto di partenza per riformare l'assistenza territoriale, tramite la diffusione di indicazioni uniformi sulle condizioni di funzionamento delle nuove strutture e sulle loro configurazioni. Tuttavia, saranno le realtà regionali a dover declinare le

indicazioni nazionali a livello locale, non solo da un punto di vista strutturale e di rispetto degli standard minimi previsti dal Decreto, ma anche da un punto di vista sostanziale, sciogliendo alcuni nodi strategici sottostanti all'implementazione della nuova assistenza territoriale che riguardano, per esempio, la vocazione e il target dei servizi, l'organizzazione di interdipendenze e le forme di collaborazione da mettere in atto, la definizione di ruoli e responsabilità, la programmazione dei processi operativi.

3. Obiettivi e metodi

Il presente studio si propone di: i) analizzare e interpretare il DM77 per enucleare in modo sistematico le aree tematiche strategiche su cui sono lasciati spazi di autonomia di cui i decisori regionali e aziendali si possono avvalere per pianificare, rafforzare e valorizzare i servizi territoriali; ii) individuare i trade-off decisionali che derivano dagli spazi di autonomia, per darne risalto e sottoporli all'agenda programmatica dei policy maker territoriali; iii) riflettere su alcune chiavi interpretative che possono aiutare i policy maker a posizionarsi rispetto ai trade-off decisionali. Si precisa che lo studio non mira a dare un orientamento di policy risolvendo i trade-off proposti, ma piuttosto a mostrare l'ampiezza di opzioni possibili e le diverse alternative, variabili a seconda delle prospettive adottabili dai policy maker. Le soluzioni possibili saranno necessariamente da discutere nei diversi contesti regionali e da adattare a seconda delle relative priorità strategiche, le quali dipenderanno a loro volta dalla cultura organizzativa e dalle risorse istituzionali, economiche e di capitale sociale disponibili nei diversi contesti.

In sintesi, il presente lavoro vuole affrontare tre questioni principali, a cui si collegano tre diverse domande: a) offrire un'interpretazione del DM77 finalizzata a mostrare quali sono le aree tematiche strategiche su cui si riscontra un certo grado di indeterminazione: quali aree tematiche, sono strategiche per la configurazione dell'assistenza territoriale e della presa in carico della cronicità, non sono definite con chiarezza all'interno del DM77?; b) definire quali sono i trade-off decisionali che derivano da questi spazi di indeterminazione: per ciascuna area tematica strategica che presenta indeterminazione definitoria nel DM77, quali sono le diverse opzioni a disposizione dei policy maker, ovvero quali le possibili scelte che Regioni e Aziende Sanitarie Locali potranno fare su alcune questioni strategiche?; c) fornire alcune chiavi interpretative per orientare i policy maker nel decidere come posizionarsi rispetto ai trade-off decisionali: come decidere tra le varie opzioni di policy?

Per raggiungere gli obiettivi sopra descritti, è stata adottata una metodologia mista composta da tre step: i) analisi desk; ii) focus group con il top management delle aziende sanitarie di una Regione selezionata; iii) gruppo tecnico di *key informant* regionali, descritti nel dettaglio di seguito.

In primo luogo è stata condotta una analisi desk dei seguenti documenti istituzionali: DM77, PNRR (in particolare la Missione 6 Salute), Manuale Operativo "Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità" rientrante nel progetto Agenas "Pon Gov Cronicità", Piano Nazionale della Cronicità (2016). È stata inoltre realizzata un'analisi della letteratura disponibile sui modelli organizza-

tivi territoriali. L'analisi desk ha avuto lo scopo di identificare alcune aree tematiche, da un lato, strategiche per la programmazione dell'assistenza territoriale e la presa in carico dei pazienti cronici e, dall'altro, non totalmente delineate all'interno del DM77.

La seconda fase della ricerca ha visto l'organizzazione di quattro focus group, ognuno dei quali concentrato sull'approfondimento di una specifica area tematica strategica individuata nella fase di analisi desk. I focus group hanno avuto l'obiettivo di identificare alcuni dei trade-off di policy per ciascuna area tematica strategica. Tale metodologia di ricerca è stata selezionata in quanto permette ai partecipanti di "discutere e confrontarsi sul tema oggetto d'indagine" (Corrao, 2000). Il focus group è un approccio che si presta a impostazioni di ricerca diverse, a seconda degli obiettivi perseguiti e che può pertanto acquisire configurazioni eterogenee. Tuttavia, i differenti formati si basano su alcuni elementi comuni: "La rilevazione è basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, invitate da uno o più moderatori a parlare tra loro di uno specifico argomento, che il ricercatore ha interesse a indagare in profondità" (Corrao, 2000). I quattro focus group organizzati hanno avuto la stessa struttura in termini di partecipanti e organizzazione della discussione: sono stati coinvolti otto *discussant*, guidati nel dibattito da un moderatore. Ogni confronto è iniziato con un breve inquadramento del tema e il chiarimento delle regole di interazione, il quale ha poi lasciato aperta la discussione per un tempo di 45 minuti. A ciascun gruppo è stata presentata una delle quattro aree tematiche strategiche individuata dai ricercatori nell'analisi desk. Ai partecipanti sono stati introdotti i principali

elementi di letteratura che definiscono l'area strategica, insieme a una sintesi di ciò che il DM77 prevede in proposito. Successivamente, la discussione è stata aperta ai *discussant*, con lo scopo di delineare alcuni significativi elementi non definiti dal DM77 e i relativi trade-off di policy esistenti.

I partecipanti dei focus group sono stati individuati tra le direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. È stata selezionata questa Regione in quanto il lavoro di ricerca si è inserito in un percorso di accompagnamento all'innovazione dell'assistenza sanitaria regionale, promosso dalla direzione regionale e che afferisce al percorso degli "Stati Generali della Sanità". Inoltre, la Regione rappresenta una delle realtà più avanzate a livello di sviluppo dell'assistenza territoriale e da molti anni ha investito risorse per lo sviluppo di servizi e competenze dedicate, come dimostra la diffusione delle Case della Comunità, istituite a partire già dal 2010 e che nel 2021 ammontavano a 126 (il 23% di tutte le strutture assimilabili al modello delle Case della Salute) (Giudice *et al.*, 2021). L'Emilia-Romagna rappresenta inoltre un ottimo campo di lavoro poiché i suoi policy maker, non dovendo impegnarsi in uno sforzo programmatico ingente rispetto alla parte infrastrutturale richiesta dai Piani Operativi Regionali grazie allo stadio elevato di sviluppo della rete territoriale, possono concentrarsi maggiormente sulla pianificazione strategica richiesta dal DM77 e agire più sul ripensamento dei servizi e dei processi erogativi e professionali che sulla costruzione dei "muri". In particolare, i *discussant* di ogni panel sono stati individuati fra i Direttori Generali, Direttori Ammini-

strativi, Direttori Sanitari, Direttori Socio-sanitari di Aziende Sanitarie delle province di Piacenza, Bologna, Reggio Emilia, Ferrara e Modena in modo che la trattazione delle tematiche non fosse inibita da rapporti di interazione quotidiana (Krueger, 1994; Migliorini e Rania, 2001). Per evitare che il confronto fra i partecipanti favorisse l'emergere di opinioni solo concordi, a scapito di quelle difformi, è stato deciso di coinvolgere soggetti il più possibile eterogenei per contesto di appartenenza. Data la finalità esplorativa della ricerca, volta a comprendere le prospettive delle persone interrogate e a far emergere le loro visioni sulla tematica proposta, il moderatore ha proposto le tematiche di discussione e poi ha lasciato che il dibattito si articolasse liberamente. Considerata la bassa direttività del moderatore e il basso livello di strutturazione della discussione, è possibile definire i focus group organizzati come "esplorativi", secondo la classificazione proposta da Acocella (Acocella, 2005). Coerentemente con la finalità di far emergere le questioni di policy ancora da affrontare nella programmazione dei servizi territoriali, la

metodologia proposta è risultata particolarmente utile per arrivare a considerare un ventaglio ampio di aspetti, risultato delle opinioni e punti di vista differenti dei discussant.

Il risultato dei quattro focus group è rappresentato da una serie di trade-off di policy collegati alle aree tematiche strategiche proposte dai ricercatori. Infine, le alternative di policy individuate dai quattro focus group sono state sottoposte a un gruppo tecnico composto da *key informant* della Regione Emilia-Romagna (costituito da 6 direttori e dirigenti dalla Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare e dell'Agenzia Sanitaria e Sociale) con lo scopo di riflettere su alcune prospettive da adottare per rispondere alle questioni emerse. I *key informant* si sono pertanto interrogati su come le risposte ai trade-off potessero variare a seconda di alcune chiavi interpretative che si possono adottare nel *policy making*.

La Tab. 1 sintetizza i tre metodi di ricerca adottati, lo scopo di ciascuna fase di analisi e l'output prodotto. Tali metodi hanno permesso di fornire risposta alle domande precedentemente esposte:

Tab. 1 – Sintesi delle metodologie di ricerca utilizzate

Metodo	Scopo	Output
Analisi desk	Comparazione tra la letteratura disponibile in tema di assistenza territoriale, presa in carico della cronicità e indicazioni del DM77 finalizzata a individuare ambiti di indeterminatezza che lasciano spazio decisionale alle autonomie locali.	Individuazione di 4 aree tematiche strategiche per la definizione dell'assistenza territoriale e della presa in carico dei pazienti cronici da sottoporre alla discussione dei focus group.
Focus group	Per ciascuna area tematica strategica, confronto tra quanto definito in letteratura e quanto definito nel DM77 e individuazione di una serie di trade-off di policy.	Individuazione di 15 trade-off di policy.
Gruppo tecnico	Riflessione sulle variabili critiche da prendere in considerazione per rispondere ai trade-off.	Definizioni delle chiavi interpretative per rispondere ai trade-off.

- Quali aree tematiche che sono strategiche per la configurazione dell’assistenza territoriale e della presa in carico della cronicità non sono definite con chiarezza nel DM77?
- Per ciascuna area tematica strategica che presenta indeterminatezza definitiva nel DM77, quali sono le diverse opzioni a disposizione dei policy maker, ovvero quali le possibili scelte che Regioni e Aziende Sanitarie Locali potranno fare su alcune questioni strategiche?
- Come decidere tra le varie opzioni di policy?

4. Risultati

Come precedentemente accennato, la presentazione dei risultati inizierà, nella sezione 4.1, dall’illustrazione delle aree tematiche strategiche individuate dall’analisi desk: 1) sanità di iniziativa; 2) accesso e *Customer Relationship Management* (CRM); 3) modello organizzativo del territorio; 4) la presa in carico dei pazienti cronici. Per ogni tematica verranno

sintetizzati i principali riferimenti derivanti dalla letteratura disponibile e dai documenti programmatori, cui seguiranno i risultati emersi dal dibattito dei quattro relativi focus group.

Nella sezione 4.2 si lascerà infine spazio alle riflessioni emerse nel dibattito del gruppo tecnico sulle possibili interpretazioni dei trade-off.

4.1. Le aree tematiche strategiche e i trade-off di policy

Nella tabella seguente (Tab. 2) vengono presentate le 4 aree tematiche e i relativi 15 trade-off di policy. A seguire, ognuna di queste viene approfondita e le questioni emerse vengono affrontate nel dettaglio.

4.1.1. La Sanità d’iniziativa

Il concetto di sanità d’iniziativa è stato introdotto dal Piano Nazionale della Cronicità, che ha le sue premesse nel “Patto per la Salute per gli anni 2014-2016”. Tale Patto prevede che “le Regioni definiscano con appositi atti di indirizzo la promozione della medicina

Tab. 2 – Aree tematiche strategiche e relativi trade-off di policy emersi dai focus group

Area tematica strategica	Trade-off				
Sanità di iniziativa	Responsabilità della stratificazione dei pazienti	Responsabilità dell’individuazione dei target da reclutare	Responsabilità del reclutamento dei pazienti	Individuazione dei canali comunicativi da attivare per il reclutamento	
Accesso e CRM	Responsabilità del disegno dei percorsi di accesso	Responsabilità della raccolta e analisi dei dati di accesso per svolgere attività di CRM	Identificazione della combinazione tra tipologia di utente e tipologia di canale	Individuazione del personale di contatto allocato ai diversi canali	Assegnazione di un filtro ai canali di accesso
Modello Organizzativo del territorio	Associazione fra funzioni e mattoni organizzativi	Metriche di risultato per ciascuna funzione			
Modelli di presa in carico della cronicità	Individuazione del target prioritario da reclutare	Responsabilità in merito alle tre fasi della presa in carico	Responsabilità della redazione del PAI	Funzioni specifiche del PAI	

d’iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l’educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità” (PNC, 2016).

Il concetto di sanità d’iniziativa è stato poi ripreso e sviluppato all’interno del Manuale PON GOV del Minsalute e Agenas datato Giugno 2022, guida operativa della pianificazione strategica ed esecutiva in materia di gestione della cronicità. Il manuale descrive la sanità d’iniziativa come un approccio finalizzato a prevenire le patologie prima che insorgano o si aggravino e considera tale metodo un pivot per creare nella comunità una capacità di controllo che mantenga o migliori il capitale salute. Il manuale delinea tre processi necessari per attuare la sanità d’iniziativa: (i) studio aggregato dei dati per cluster di pazienti per la selezione dei target; (ii) reclutamento proattivo dei cittadini che non hanno ancora manifestato un bisogno assistenziale; (iii) case management dei pazienti finalizzato a sostenere i processi di cura e accesso ai servizi, favorire l’aderenza alle terapie, verificare gli esiti intermedi per attivare eventuali *alert*.

Anche il DM77 torna a porre enfasi sulla sanità di iniziativa, in particolare esplicitandone lo scopo, ovvero la “prevenzione e miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonito-

raggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità”. Contrapponendosi alla medicina di attesa, che opera secondo una logica *on demand*, la sanità d’iniziativa interviene sulla popolazione stratificandola e studiandone i dati aggregati in modo da individuare i target di cittadini, compresi i giovani e le persone in salute, da coinvolgere in modo proattivo.

Sia il Manuale che lo stesso DM77 pongono grande attenzione alla valorizzazione dei processi di stratificazione della popolazione per quanto riguarda la sanità d’iniziativa, che derivano dalle logiche di Population Health Management (PHM) (Fattore *et al.*, 2018). Associato alla stratificazione, il PHM permette d’identificare la popolazione di riferimento caratterizzata da un certo bisogno di salute, permettendo un’attenta valutazione degli outcome attesi per definire strategie e interventi specifici per le diverse classi di pazienti (Sosto, 2020). Il PHM ha i suoi tratti distintivi in “a) l’identificazione e la segmentazione di tutta la popolazione attraverso specifici algoritmi che distinguono le coorti per condizioni di salute (patologie e non solo); b) la proposizione di modelli di offerta e di presa in carico specifici per target di popolazione (per esempio, monopatologici piuttosto che comorbidi); c) un sistema di monitoraggio orientato il più possibile alla valutazione degli outcome per target di popolazione; d) l’utilizzo dei database amministrativi a supporto dell’intera strategia di PHM” (Morando e Tozzi, 2015). Risulta cruciale, a questo proposito, il ruolo dell’infrastruttura informativa per consentire l’accesso a profili di stratificazione dei pazienti con l’obiettivo di individuare proattivamente i soggetti da reclutare.

L'operatività di alcuni processi può essere centralizzata e svolta da remoto (per esempio le fasi di reclutamento e di monitoraggio dell'aderenza alle terapie) ma eventuali successivi interventi necessitano di un livello di azione decentrato e capillare. Per questo motivo, secondo il DM77, i setting di cure intermedie, primo fra tutti la Casa della Comunità, rappresentano un luogo privilegiato per mettere in pratica i passaggi fondamentali della sanità di iniziativa. In particolare, i principali attori che dovrebbero implementare strategie di iniziativa sono le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, nelle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità. I principali strumenti attivabili allo scopo sono invece "la presa in carico proattiva, l'educazione ai corretti stili di vita, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostico-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari c.d. caregiver), lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative" (DM77, 2022).

Se nell'analisi documentale emergono alcuni aspetti definiti, almeno altri quattro trade-off di policy, che afferiscono sia alla distribuzione delle responsabilità tra gli attori sia ai processi implementativi per raggiungere gli obiettivi prefissati, sono ancora da chiarire.

Per quanto riguarda la distribuzione delle responsabilità tra gli attori, i primi trade-off sono relativi sia alla gestione dei dati sia alla definizione dei target da reclutare. Il primo aspet-

to, in particolare, concerne la decisione di *chi si occuperà di stratificare i pazienti cronici utilizzando i big data*. Se a occuparsene sarà la Regione, le logiche e le metriche di costruzione dell'algoritmo di stratificazione saranno uniformi per tutte le aziende del SSR e le competenze di analisi e valorizzazione dei dati si svilupperanno soprattutto a livello centrale. Questo avrebbe il vantaggio di creare un modello omogeneo tra le aziende, concentrando le relative competenze, d'altra parte, si potrebbe rischiare di indebolire l'utilizzo di questi strumenti a livello locale e di non intercettare le specificità di ciascuna area. Infatti, se la stratificazione dei pazienti fosse in capo al Distretto, emergerebbero necessariamente dei metodi di stratificazione diversi a seconda delle caratteristiche del proprio territorio di riferimento. Alcuni Distretti, per esempio, potrebbero essere caratterizzati da una popolazione particolarmente anziana, da un basso tasso di scolarizzazione oppure da limitate opportunità di accesso a fonti informative digitali (si pensi, per esempio, alle aree rurali). I direttori di Distretto, in questo caso, potrebbero essere interessati a costruire metodi di indagine della popolazione volti a includere variabili che traccino questi elementi, diversamente dai direttori di un Distretto metropolitano, ipoteticamente caratterizzato da alta densità abitativa e minore età media, che potrebbe beneficiare di analisi che includono altri parametri. Una volta definita la responsabilità della gestione dei dati, la seconda decisione programmatica riguarda la responsabilità sulla *definizione dei target da reclutare prioritariamente dagli elenchi dei pazienti stratificati*. Una possibile rosa di opzioni potrebbe essere fra la Direzione Strate-

gica, il Direttore di Distretto o il Direttore delle Cure Primarie. Questo sollecita la partecipazione di stakeholder diversi: il Distretto con i rappresentanti degli enti locali e degli stakeholder locali oppure la Direzione delle Cure Primarie, la quale si confronta con i diversi gruppi professionali interni (collegio di Dipartimento). La varietà degli interlocutori coinvolti espone la scelta di definizione delle priorità alla diversa sensibilità del tavolo decisionale. Anche in questo caso, le prerogative di ciascuno potrebbero spingere a identificare come prioritari target diversi: il Direttore delle Cure Primarie potrebbe avere maggior sensibilità a ingaggiare, per esempio, pazienti con problemi di dipendenze. Al contrario, il Direttore Generale di un ASL potrebbe privilegiare il reclutamento di pazienti con le malattie croniche più frequenti per coinvolgerli in iniziative di presa in carico e redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), nell'ipotesi in cui il numero di PAI redatti rientrasse nei propri obiettivi strategici.

Altre questioni, questa volta di natura più organizzativa, riguardano l'individuazione *dei responsabili della conduzione del processo di reclutamento*. Le iniziative di reclutamento possono essere organizzate in occasione di giornate di screening oppure possono essere allargate a setting di cura come il Pronto Soccorso e l'Ospedale, soprattutto tra i codici bianchi e verdi. Evidentemente, il sollecito da parte del MMG potrebbe rivelarsi molto efficace in termini di persuasività e capillarità ma necessiterebbe di un alto grado di adesione degli stessi. Il reclutamento svolto, invece, da personale del Pronto Soccorso o dell'Ospedale potrebbe essere più immediato ma recherebbe lo svantaggio di non

intercettare i cittadini che non vi accedono. A questo proposito, il ruolo dell'IFoC, ancora in via di definizione, potrebbe rivelarsi strategico e particolarmente efficace. Indipendentemente dal setting in cui sarà collocato, l'IFoC costruisce relazioni con i pazienti e la sua figura può essere quella giusta, per intensità di relazioni e creazione di rapporti di fiducia, per coinvolgere i pazienti nelle diverse iniziative.

Un'ulteriore riflessione riguarda l'identificazione dei *canali comunicativi da privilegiare per riuscire a ingaggiare i cittadini*, differenziati per i diversi cluster di utenti. Si potrebbe decidere di utilizzare lettere spedite al domicilio, chiamate telefoniche, e-mail, messaggi su WhatsApp oppure privilegiare un contatto *de visu* in uno dei punti di accesso ai servizi. Occorre selezionare lo strumento potenzialmente efficace per ciascun cluster di cittadini da raggiungere, privilegiando per esempio il contatto fisico o telefonico – maggiormente persuasivi – per fare presa su pazienti con scarsa literacy sanitaria o poco aderenti alle terapie prescritte, e valutare *ex post* l'efficacia del mix individuato, dovendo probabilmente modificare nel tempo sia il mix di strumenti di comunicazione e la segmentazione dei cluster (cfr. par. 4.2).

4.1.2. Accesso e Customer Relationship Management

Il DM77 nomina diverse possibilità e modalità di accesso ai servizi del territorio, adottando di fatto una logica multicanale. Il cittadino può infatti utilizzare il canale telefonico 116117, accedere alla piattaforma digitale del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) oppure recarsi nei Punti Unici di Accesso (PUA), oltre al tradizionale canale del MMG. Per esempio, il

numero unico 116117 dovrebbe svolgere una pluralità di funzioni: punto informativo, primo step di orientamento e piattaforma di centralizzatore delle chiamate al servizio di Continuità Assistenziale con l'obiettivo di smistare le prestazioni sul territorio.

La diversificazione dei canali di accesso e delle finalità comporta una riflessione fisiologica sulla differenziazione di format e linguaggi con l'obiettivo di convergere con le sensibilità degli utilizzatori prevalenti dei diversi canali o dei diversi fini. Questo, pur facilitando le possibilità di ingresso dei cittadini ai servizi erogati, comporta un aumentato grado di complessità organizzativa e di *service design*, imponendo una progettazione e gestione differenziata, ma allo stesso tempo unitaria e in grado di ricomporre un sistema integrato e specializzato di alternative di accesso. Nonostante siano differenziate, le piattaforme di accesso infatti devono coordinarsi in back office in una logica che da multi canale diventa omni-canale (possibilità di spostarsi da un canale all'altro anche durante le fasi intermedie di un processo di accesso).

I trade-off che sono stati individuati sul tema dell'accesso e del CRM si possono sintetizzare in cinque questioni principali. In primo luogo, gli aspetti organizzativi interessano la decisione sull'allocazione della *responsabilità del disegno dei percorsi di accesso*, che potrebbe essere del Distretto Sanitario, di una funzione aziendale centrale, così come del coordinatore della Casa della Comunità. Alla definizione dei percorsi si accompagna la definizione delle figure incaricate a *raccogliere e analizzare i dati di accesso per svolgere attività di Customer Relationship Management (CRM)*.

Passando alle variabili relative alla progettazione operativa, queste riguarda-

no innanzitutto la scelta della combinazione tra *categoria di utente e tipologia di canale*. Nella differenziazione fra canali telefonici, digitali e fisici, occorre infatti fare ordine per capire la corretta correlazione fra bisogno/utente e canale di accesso. Infatti, i cittadini, pur nella piena autonomia di scelta rispetto al canale che preferiscono, sono prioritariamente attratti dal canale che percepiscono meglio rispondente alle proprie esigenze, linguaggi, e cultura. Una possibile combinazione di bisogni a canali di accesso potrebbe prevedere, per esempio, che ai pazienti legati al mondo della grande complessità e fragilità sia dedicato in via prioritaria il Punto Unico di Accesso (PUA) fisico all'interno di una Casa della Comunità, riservare invece il numero 116117 alle informazioni di primo orientamento dell'utente e dirottare tutte le questioni amministrative a una gestione digitale. Un'ulteriore scelta riguarda l'identificazione del *personale di contatto allocato ai diversi canali*: alcuni punti di accesso avranno bisogno di persone fisiche che potranno essere scelte fra il personale infermieristico o fra quello amministrativo, a seconda delle informazioni da veicolare e del target prevalente di quel canale, mentre per i canali digitali si dovrà decidere quanto personale allocare e quanta parte del servizio delegare alla gestione automatizzata tramite algoritmi e intelligenza artificiale.

Infine, un elemento di discussione centrale nella trattazione dei canali di accesso è quello relativo alla *assegnazione di un filtro, sia per valutare l'eleggibilità delle richieste, sia per definire le priorità tra le domande (triage territoriale)*. A fronte della diversificazione dei canali, occorre decidere come dovrà funzionare lo smistamento delle richieste che provengono dall'utenza,

se attraverso un unico filtro centralizzato oppure più filtri differenziati per ogni canale. La seconda opzione potrebbe essere più semplice da gestire singolarmente ma porta con sé il rischio di parcellizzare l'accesso, rendere i percorsi più complessi e aumentare l'iniquità di ingresso. Al contrario, un filtro centralizzato funzionerebbe secondo un'unica logica, garantendo quindi maggiore equità, ma potrebbe rivelarsi difficilmente adattabile alle peculiarità dei diversi canali e facilmente saturabile a causa della consistente mole di richieste che potrebbero arrivare da parte dell'utenza.

4.1.3. Modello Organizzativo del Territorio

Le strutture organizzative del sistema sanitario adibite alla gestione ed erogazione di assistenza territoriale possono essere identificate nel Distretto socio-sanitario (così come indicato nel D.Lgs. n. 229/1999), nei Dipartimenti Specialistici Territoriali (Dipartimento di Sanità Pubblica, 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 la Casa della Comunità e l'Ospedale di Comunità, recentemente inquadrati nelle loro funzioni territoriali all'interno del DM77. La letteratura illustra come il governo dell'assistenza territoriale richieda numerose funzioni, relative al disegno dei servizi, alla programmazione degli standard professionali, alla gestione delle risorse raggruppiabili e sintetizzabili in tre macrofunzioni: i) governo clinico, che si sostanzia nella programmazione concertata di linee guida, nel loro monitoraggio,

nei processi di peer audit e *benchmarking* al fine di sviluppare e omogenizzare le competenze professionali (Casolari e Grilli, 2004); ii) il governo delle risorse, che si concretizza nella loro allocazione, nel controllo della saturazione della *capacity* e nell'*operations management* (Fenech, 2022); iii) il *service design*, ovvero la pianificazione del *patient journey* e il monitoraggio del tasso di gradimento nella fruizione dei servizi da parte del paziente (Boscolo et al., 2019).

Alla luce delle definizioni che riguardano gli assetti organizzativi dell'assistenza territoriale, i trade-off di policy che emergono sono almeno due. Il primo riguarda l'*associazione fra funzioni e "mattoni organizzativi"*: si tratta di decidere a chi affidare l'allocazione e il controllo della saturazione delle risorse, quale fra gli attori citati è dotato delle competenze necessarie per occuparsi più efficacemente del governo clinico e infine individuare a chi spetta il compito di gestione del *patient journey*. Le configurazioni possibili non sono univoche e a seconda di ciascun contesto, le funzioni possono essere distribuite in modo differente ai "mattoni organizzativi" del territorio. Per meglio comprendere dove allocare le funzioni è utile considerare gli strumenti e quindi le competenze necessari per operationalizzarle. Strumenti del governo clinico sono i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), i meccanismi di peer audit e di studio e monitoraggio di evidenze (evidence based medicine-EBM, *evidence based healthcare-EBHC*), oltre agli strumenti di collaborazione multidisciplinare, come indicato dal documento "Analisi e Condivisione delle Esperienze di Governo Clinico" a cura della Direzio-

ne generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute. Per quanto riguarda l'*operations management* e il governo delle risorse è utile attivare cruscotti che monitorino i tassi di saturazione dei fattori produttivi e delle piattaforme installate, la durata e variabilità dei processi, piuttosto che algoritmi che aiutino a prioritarizzare l'allocazione delle risorse. Sarebbe inoltre auspicabile utilizzare strumenti che permettano di migliorare il coordinamento e la specializzazione delle agende di lavoro all'interno e fra le strutture e favorire il ripensamento e la reingegnerizzazione dei processi produttivi. Venendo infine al service design, possono essere efficacemente utilizzati strumenti che permettano di analizzare la *satisfaction* dei pazienti e condividere gli esiti fra il personale per migliorare i percorsi di fruizione. Capire chi possiede le competenze e le informazioni necessarie a utilizzare questi strumenti potrebbe aiutare ad allocare le responsabilità fra gli attori. Per esempio, il governo e l'allocazione delle risorse potrebbe essere svolta dal direttore dei Distretto, attivando logiche di *operations management* e ottimizzazione dei processi produttivi. Tali funzioni richiedono infatti competenze di tipo gestionale; i Dipartimenti Specialistici territoriali e ospedalieri (cure primarie, igiene e prevenzione, salute mentale, UOC ecc.) potrebbero efficacemente occuparsi di governo clinico attraverso la definizione standard clinici tra professionisti, chiarendo ruoli e responsabilità cliniche e facendosi promotori del knowledge transfer. In questo caso, le competenze richieste sono relative all'*evidence based medicine*; infine la responsabilità del *service design* e della gestione dei percorsi di

fruizione dei pazienti potrebbe essere allocata nei setting erogativi territoriali, dove il contatto con il paziente può portare *insight* significativi per il miglioramento del *patient journey*.

Il secondo trade-off riguarda la decisione di *quali metriche di risultato assegnare a ogni funzione*. Una volta assegnate le responsabilità, rimane aperta la possibilità di definire quali indicatori utilizzare per misurare e valutare il raggiungimento degli obiettivi. Per esempio, alcuni indicatori possibili possono essere identificati nel tasso di saturazione della *capacity*, nel raggiungimento di determinati livelli di reclutamento e di *outcome* intermedio per patologie e infine nel tasso di soddisfazione degli utenti che fruiscono un servizio di cura.

4.1.4. I modelli di presa in carico della cronicità

Il DM77 specifica che, all'interno di un approccio di Medicina di Popolazione finalizzato a mantenere tutta l'utenza di riferimento in buona salute, particolare attenzione deve essere posta nei confronti dei soggetti con patologie croniche. Il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato la presa in carico come una delle fasi principali del percorso assistenziale per questi soggetti, che sarà successiva a una valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento e una valutazione delle priorità d'intervento (PNC, 2016). La presa in carico si associa alla definizione di un Progetto di Salute, che "rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socio-assistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN,

alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE” (DM77, 2022). Il Progetto di Salute rende a sua volta accessibile i diversi Piani di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI). In particolare, il PAI è lo strumento che racchiude la programmazione e la pianificazione personalizzata annuale del percorso di cura di ciascun paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate tutte le prestazioni (visite ed esami) che il paziente deve effettuare nell’arco di un anno, insieme alle prescrizioni farmacologiche per la cura della sua patologia, al corretto stile di vita atteso. L’efficacia del PAI richiede un processo completo di utilizzo: la sua definizione, il controllo che il PAI sia coerente ai PDTA o ai PAI ideal-tipici definiti, la verifica dell’aderenza alle terapie del paziente e la valutazione degli esiti clinici intermedi. A questo proposito, dalla letteratura è possibile sintetizzare il processo di presa in carico del paziente cronico nelle seguenti fasi: (i) stratificazione e targeting della popolazione; (ii) promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce; (iii) presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura; (iv); erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura; (v) valutazione della qualità delle cure erogate (Piano Nazionale Cronicità, 2016).

I trade-off di policy relativi alla presa in carico sono principalmente quattro. In primo luogo, i documenti non specificano quale deve essere il *target prioritario da reclutare*, lasciando quindi spazio alle autonomie locali per definire il target a seconda dei contesti, essendo impossibile, soprattutto nel breve periodo, una presa in carico universalistica di tutti i cronici, a fronte di una prevalenza tra il 35-40% della

popolazione (Istat, 2021). Il target potrebbe essere definito utilizzando parametri più strettamente sanitari, sociali, assistenziali o una combinazione di questi. In secondo luogo, il DM77 non definisce la ripartizione delle *responsabilità professionali in merito alle fasi della presa in carico*. In particolare, i momenti di promozione e prevenzione, di arruolamento clinico e di successivo case management potrebbero essere assegnate alternativamente al MMG, allo specialista territoriale, allo specialista ospedaliero, all’IFoC o al personale amministrativo a seconda dai pazienti e della loro complessità.

Un ulteriore punto aperto riguarda la *responsabilità della redazione del PAI*: l’individuazione di un singolo professionista come responsabile del PAI implica che il resto della filiera venga utilizzata come *consultant*, garantendo però un’interfaccia stabile nei confronti del paziente per esempio, se il PAI viene redatto dal MMG lo specialista verrà interpellato per questioni specifiche come *consultant*, viceversa per il paziente complesso se il PAI viene redatto dallo specialista è il MMG ad assumere ruolo di *consultant*. La definizione della responsabilità della redazione del PAI potrebbe dipendere dalle caratteristiche del paziente, in termini di complessità, stadi di patologia e multimorbilità. La redazione per un paziente a stadio alto, complesso e multimorbido potrebbe essere assegnata allo specialista ospedaliero, mentre quella di un paziente a bassa complessità e con solo una patologia cronica al MMG. Nel caso della presenza di più patologie, andrebbe anche definito lo specialista responsabile del PAI, che potrebbe essere colui che ha in carico la patologia prevalente.

Inoltre, sarà compito delle Regioni o

delle ASL definire le funzionalità di servizio specifiche associate dai PAI (per esempio, la possibilità di generare automaticamente prenotazioni in back office, inviare reminder sia ai pazienti sia agli operatori, generare alert in caso di problemi legati all'aderenza...) anche in base alle infrastrutture informatiche di ciascun contesto e alla possibilità di rendere il PAI un effettivo strumento di integrazione tra i vari pezzi della filiera assistenziale.

4.2. Prospettive e criteri per scegliere tra i trade-off di progettazione dei servizi territoriali

Come anticipato, il presente lavoro non intende proporre delle soluzioni univoche ai trade-off proposti né fornire indicazioni di policy, in quanto ciascuna area strategica discussa è necessariamente influenzata da valori, priorità e variabili contingenti a ciascun ambito locale. Ciò che si intende proporre in questa sezione è, piuttosto, la discussione di quattro prospettive che possano essere chiavi inter-

pretative trasversali alle aree illustrate e che, se valorizzate, possano guidare l'approfondimento e la risoluzione di tali trade-off. Le riflessioni proposte in questo paragrafo sono il frutto della discussione dei 6 key informant che hanno composto il gruppo tecnico. L'intento è riassumere le considerazioni emerse nel tentativo di fornire spunti e suggestioni che possano aiutare il decisore regionale o aziendale a identificare le variabili critiche per la scelta e conseguentemente a identificare la soluzione strategica da adottare nel contesto in cui opera.

Le prospettive interpretative e i criteri di scelta riguardano: i) nuove metriche per clusterizzare i pazienti; ii) una nuova concezione di prossimità; iii) il ruolo del digitale nell'assistenza territoriale; iv) il ruolo delle professioni infermieristiche. La Fig. 1 illustra le quattro chiavi di lettura e le opzioni collegate. Di seguito si propone una discussione per ciascuna prospettiva di analisi e decisionale.

Fig. 1
Le chiavi interpretative per rispondere ai trade-off emerse dalla discussione del gruppo tecnico



4.2.1. Nuove metriche per clusterizzare i pazienti

La prima riflessione emersa dal dibattito dei *key informant* è relativa alle metriche che si adottano per definire i cluster di pazienti e riguarda trasversalmente tre delle quattro aree tematiche strategiche esposte nel paragrafo 4.1: la progettazione della sanità d'iniziativa, il disegno dei canali di accesso e la definizione di modelli per la presa in carico della cronicità.

Il tema dell'identificazione di una metrica appropriata per raggruppare i pazienti assume forte rilevanza se lo si legge riconoscendo le molteplici variabili che concorrono a definire i bisogni della popolazione, siano esse di carattere sanitario, sociale o linguistico, di cultura della salute o di stile di vita, o ancora di competenze digitali. Tali differenze hanno un forte impatto sulla programmazione e il disegno dell'assistenza in quanto un medesimo servizio può produrre esiti dissimili a seconda del target che raggiunge, in funzione della convergenza o divergenza alla sensibilità delle persone.

La stratificazione dei pazienti deve necessariamente avvenire secondo metriche coerenti con le strategie che le Regioni o le Aziende Sanitarie decidono di mettere in campo nell'ambito della sanità di iniziativa, della presa in carico della cronicità e che possano essere una guida per definire i canali di accesso. A seconda della metrica adottata, infatti, le risposte ai trade-off di policy evidenziati nel paragrafo precedente cambiano radicalmente. In particolare, specificare le metriche che si adottano per effettuare studi di popolazione permette di individuare:

i) i cluster di pazienti su cui applicare logiche di sanità di iniziativa;

- ii) la combinazione di canali di accesso e strumenti comunicativi da adottare per ciascun cluster;
- iii) i gruppi di pazienti a cui i servizi si rivolgono in maniera prioritaria per la presa in carico;
- iv) le modalità da attivare per la presa in carico e il mix di servizi (fisico-digitale) da offrire a ciascun cluster.

Le metriche che si possono adottare per compiere la classificazione dei pazienti possono essere riassunte in: i) gruppi di patologia, ii) stadio di patologia, iii) grado di aderenza alla terapia e iv) livello di educazione sanitaria.

La prima è la metrica utilizzata tradizionalmente e che considera i gruppi di patologie, secondo le classificazioni come l'International Classification of Disease (ICD10 nella sua versione più aggiornata) o l'International Classification of Primary Care (ICPC). Questa permette di distinguere, per esempio, gruppi di pazienti diabetici da pazienti affetti da scompenso cardiaco o da BPCO in modo da accorpate le caratteristiche e i bisogni clinici per aree patologiche. Può riferirsi a categorie di pazienti monomorbidi o plurimorbidi. Questa prima metrica è stata adottata prevalentemente con scopi di standardizzazione dei comportamenti professionali, come per esempio nei PDTA standard (Tozzi *et al.*, 2014).

La seconda classificazione distingue fra i pazienti affetti da patologie croniche a stadio basso, pazienti con patologie croniche a stadio medio e infine pazienti complessi a stadio alto, i cui bisogni clinici sono spesso accompagnati da bisogni socio-assistenziali (Folgheraiter, 2009). Questa classificazione permette inoltre di distinguere il *clinical manager*/responsabile PAI più appropriato lungo la filiera profes-

sionale, in funzione della gravità della patologia.

La terza possibilità distingue invece i pazienti fra aderenti e non aderenti alla terapia prescritta. Tale tassonomia, attualmente meno in uso, potrebbe permettere di identificare come target prioritario per la presa in carico i pazienti cronici specificatamente non aderenti. Associare alla gravità della patologia lo status di aderenza alla terapia, potrebbe permettere di rivolgersi in modo mirato ai pazienti che non rispettano la cura prevista dal responsabile clinico del PAI per poter integrare interventi educazionali personalizzati piuttosto che iniziative di comunità, strategia fondamentale per la promozione della salute a più livelli (Longo e Barsanti, 2021), che possano incentivare il soggetto alla *compliance* e conseguentemente migliorare il suo stato di salute con modalità difficilmente delineabili guardando unicamente alla definizione clinica della sua patologia.

Il principio guida è l'equità e l'efficacia delle cure, sapendo che tra le persone con meno aderenza potrebbe essere potenzialmente maggiore il guadagno di salute da incrementare.

Da ultimo, si propone di considerare anche l'educazione sanitaria come possibilità per la classificazione dei pazienti e conseguente identificazione del target. La *health literacy* è una variabile che determina la capacità dei pazienti di riconoscere e comunicare i propri bisogni di salute, accedere ai servizi e aderire alla terapia prescritta ed è spesso condizionata dalla situazione socio-economica di origine (Estacio *et al.*, 2019). Distinguere i pazienti a seconda del loro livello di *literacy* sanitaria può aiutare a definire i canali comunicativi da utilizzare, i messaggi da privilegiare e le figure

professionali da ingaggiare per la loro presa in carico.

Se si decide di *clusterizzare* i pazienti in funzione della *literacy*, si deciderà di strutturare la sanità d'iniziativa distinguendo fra un reclutamento *de visu*, per esempio facendo leva sul ruolo dei medici di medicina generale e sulla loro credibilità e possibile persuasività, mentre per i pazienti dotati di educazione sanitaria maggiore si prediligeranno canali digitali, affidando a una e-mail il compito di veicolare la comunicazione.

4.2.2. Il ruolo del digitale nell'assistenza territoriale

La seconda prospettiva di analisi delineata nel dibattito del gruppo tecnico è relativa al ruolo che il digitale dovrà assumere nell'assistenza territoriale e riguarda principalmente due delle quattro aree tematiche strategiche individuate nel par. 4.1: Accesso e CRM e Modelli di presa in carico della cronicità.

La digitalizzazione in sanità riguarda sia l'accesso alle cure, attraverso l'utilizzo di piattaforma digitale come luogo virtuale di accesso (un esempio ne è il Fascicolo Sanitario Elettronico), sia l'erogazione delle stesse in senso stretto tramite strumenti di telemedicina. Durante il periodo della pandemia da Covid-19 si è vista un'ampia diffusione del digitale tramite l'utilizzo sempre più sistematico da parte dei professionisti sanitari di televisite, teleconsulti e telemonitoraggio, che sono entrati strutturalmente a far parte delle possibili modalità di erogazione assistenza sanitaria, anche a seguito del loro riconoscimento a livello nazionale da un punto di vista normativo. In particolare, la letteratura (Paul e McDaniel, 2016) ha dimo-

strato che i teleconsulti fra professionisti sanitari sembrano essere particolarmente importanti per gestire efficacemente le patologie croniche e quelle con lunghi regimi terapeutici, facilitando e quindi aumentando la probabilità di *compliance* del paziente nel lungo termine.

In aggiunta, il PNRR identifica la digitalizzazione come una delle chiavi di sviluppo della Pubblica Amministrazione e dedica una missione specifica agli investimenti per lo sviluppo di infrastrutture digitali nel SSN (M6C2 – Innovazione, Ricerca E Digitalizzazione Del Servizio Sanitario Nazionale). Tali investimenti rafforzeranno ancora di più il trend di rafforzamento dell'assistenza virtuale che ha già mostrato i suoi vantaggi durante il periodo pandemico attraverso il monitoraggio più efficace della malattia di routine, una maggiore soddisfazione dei pazienti e un aumento della *compliance* al trattamento e dei tassi di follow-up (Kendzierska *et al.*, 2021).

Proprio per questo motivo occorre che i policy maker si interrogino sul ruolo che questo deve giocare nell'assistenza territoriale, tenendo a mente che tale scelta influenzerà considerevolmente i modelli assistenziali e di servizio. In particolare, il digitale potrebbe assumere: i) un ruolo prevalente (*digital first*); ii) un ruolo complementare; iii) un ruolo residuale. Nella prospettiva in cui il digitale assuma grande rilevanza strategica, esso potrebbe essere la soluzione prioritaria per l'accesso e per l'erogazione dei servizi e per il mantenimento delle relazioni con gli utenti, in un'ottica di una presa in carico prevalentemente da remoto. In questo caso, la relazione a distanza si potrebbe strutturare non solo attraverso il contatto tra medico e

paziente (come prevede il telemonitoraggio o la televisita) da remoto, ma anche con lo sviluppo di algoritmi (intelligenze artificiali) che similmente a quanto accade in settori diversi dalla sanità (per esempio turismo e piattaforme di e-commerce), si possono interfacciare con l'utente per rispondere a una serie di bisogni classificabili e riconoscibili dall'algoritmo stesso. Adottando, invece, una logica che conserva il rapporto fisico, gli edifici dove vengono erogati servizi sanitari rimarrebbero luogo di cura privilegiato e il digitale diventerebbe un'opzione riservata solo a specifici utenti, ovvero quelli caratterizzati da alta educazione digitale, piuttosto che a specifiche fasi del percorso assistenziale, come l'accesso ai servizi, la prenotazione e la refertazione delle prestazioni o i momenti di follow-up. Infine, il digitale potrebbe mantenere un ruolo residuale in quei contesti in cui non sono presenti le condizioni sufficienti (culturali, sociali, di competenze) affinché possa essere sviluppato e diffuso in modo efficace.

La decisione sulla preminenza del digitale nei servizi futuri ne influenzerà anche gli strumenti, come nel caso del PAI. Ogni decisione a questo proposito avrà una ripercussione, infatti, sulla sua solidità e sulla ricchezza di funzionalità che gli verranno assegnate, a partire dalle mansioni amministrative da sottrarre ai professionisti, come la prenotazione e le ricette in back office a fronte di prescrizioni specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche, fino alla possibilità di essere aggregatore e organizzatore di tutte le informazioni sul paziente che possono derivare da flussi informativi e da device personali dei pazienti.

La decisione sulla pervasività del digitale porterà anche a disegnare i canali di

accesso ai servizi decidendo fra un approccio *digital first* oppure privilegiando punti di accesso fisici. Propendere per la prima ipotesi significherebbe riservare i PUA ai pazienti appartenenti al mondo della grande complessità e fragilità, a MMG e IFoC il contatto con i cronici e limitare al digitale sole le questioni amministrative e informative.

4.2.3. Una nuova concezione di prossimità

Una terza prospettiva emersa dal confronto con i *key informant* è la definizione del concetto di “prossimità” delle cure, obiettivo centrale fra le priorità del PNRR e DM77, soprattutto con riguardo alle strutture del territorio, pensate e strutturate proprio per essere vicine al cittadino. La riflessione su questo tema riguarda soprattutto la costruzione dei canali di accesso e la costruzione della relazione con il paziente.

Cosa significa prossimità nell’epoca contemporanea? La prossimità può essere intesa come: i) vicinanza fisica e capillarità erogativa delle infrastrutture del SSN; ii) servizi e cure domiciliari; iii) relazione personale con un operatore di riferimento alimentata da un mix di strumenti digitali e fisici. Nel primo caso, la prossimità viene intesa nella sua accezione più tradizionale, ovvero quella di “vicinanza fisica” che proprio dai setting assistenziali del territorio viene garantita ai cittadini. La pianificazione territoriale ha infatti sempre rispettato standard di popolazione al fine di mantenere una certa capillarità erogativa e permettere l’accesso alla popolazione dentro un certo raggio. La seconda accezione di prossimità che riguarda l’erogazione di servizi e cure direttamente al domicilio si avvicina a quella intesa in altri settori, primo tra tutti quello dell’e-commerce ma anche

tutti gli altri servizi che portano dei prodotti o servizi direttamente a casa degli utenti, superando le barriere fisiche e in alcuni casi relazionali e arrivando direttamente al domicilio. La terza concezione di prossimità non la interpreta né come una struttura fisica vicina all’utente né come un servizio o un prodotto che viene consegnato o erogato a domicilio, bensì come l’instaurazione di una relazione di servizio, personale e duratura, con un operatore di riferimento, alimentata da un mix di strumenti digitali e accessi fisici. Questa ultima accezione deve necessariamente fare perno su piattaforme digitali in grado di sostenere l’empowerment dei pazienti e degli altri attori, la riduzione delle asimmetrie informative e la co-produzione di servizi sanitari ancora più personalizzati. Piattaforme digitali così strutturate favoriscono il coinvolgimento di una serie di attori che, operando come entità attive, possono cooperare e attivare quelle interazioni di rete essenziali per il miglioramento continuo dei servizi sanitari (Faggini *et al.*, 2019).

“Prossimità” in questo caso significa non far sentire solo il cittadino/paziente, e costruire una vicinanza grazie alla relazione instaurata con un operatore che lo conosce e lo segue nel tempo.

È evidente che la differente attribuzione di significato dato al concetto di prossimità comporta conseguenze significative in termini di disegno dei servizi e canali di accesso. Se, infatti, si intendono prossime le strutture situate nel raggio di pochi chilometri dall’utente, la priorità potrebbe essere quella di costruire e rafforzare i setting assistenziali vicini ai cittadini e potenziare le cure domiciliari, sviluppando canali di accesso principalmente fisici e privilegiando un reclutamento *de visu*. Se, al

contrario, la prossimità diventa sinonimo di relazione strutturata e continuativa con un operatore del SSN si potrà disegnare la presa in carico con una componente di digitale più forte, imperniata intorno a un solo professionista che possa mantenere una relazione stabile con il paziente. Questa terza ipotesi ovviamente apre alla riflessione su chi debba essere l'operatore di riferimento stabile più appropriato per stadi di patologia o per literacy sanitaria: amministrativi, operatori socio-sanitari, professioni sanitarie, medici convenzionati o dipendenti.

4.2.4. Il ruolo delle Professioni Sanitarie

L'ultima prospettiva emersa dal dibattito del gruppo tecnico è relativa al ruolo che i professionisti sanitari sono chiamati a ricoprire fra presa in carico ed erogazione delle prestazioni sanitarie. L'interpretazione del loro ruolo è particolarmente rilevante nell'ambito della definizione del modello organizzativo del territorio, della presa in carico del paziente cronico oltre che nel contesto della sanità d'iniziativa. Le professioni sanitarie sono state individuate in via esclusiva dal DM77 per il ruolo di coordinatrici dei nuovi setting assistenziali territoriali (CdC, OdC, COT, ADI ecc.) e pertanto avranno un ruolo centrale nello sviluppo del futuro SSN. Oggi riscontriamo almeno sei differenti "silos" professionali territoriali, che si distinguono per inquadramento contrattuale, incentivi, meccanismi retributivi, logiche e setting di lavoro: personale infermieristico che affrisce alla medicina generale, IFoC, infermieri dell'ADI, infermieri COT, infermieri dei dipartimenti specialistici territoriali e poliambulatori, infermieri dell'OdC. Una possibilità per razionalizzare questa frammentazione potrebbe essere

quella di affidare allo stesso infermiere la possibilità di esercitare più ruoli promuovendo logiche di *job rotation*, che prevedrebbero dopo un tempo di riferimento definito la rotazione del personale e un conseguente cambio di ruolo. Al contempo, bisognerebbe riflettere sulla responsabilità del coordinamento del personale, che potrebbe essere per setting erogativo o comune a tutti i silos professionali per distretto.

Proprio a causa di questa pluralità di ruoli e setting in cui sono chiamati a esercitare la professione, le professioni sanitarie sono rivestite anche di responsabilità molto differenti. In particolare, il loro ruolo può propendere verso i) una vocazione più prestazionale (erogatore di prestazioni); ii) gestione dei setting assistenziali; iii) *case management* di gruppi di pazienti. Una possibilità di distinzione potrebbe vedere lo svolgimento di ruoli prestazionali nei contesti di Assistenza Domiciliare Integrata e Unità di Continuità Assistenziale e ruoli di case management in setting come l'ambulatorio dei MMG, nelle UOC e nelle CdC, in cui l'erogazione delle prestazioni diventa residuale. Il ruolo di case manager potrebbe essere connesso anche allo strumento del PAI, rendendo l'IFoC in grado di recepire le informazioni aggregate provenienti da esso per poi attuare azioni correttive agendo sui comportamenti del paziente se il problema è di aderenza, o coinvolgendo il responsabile del PAI se il problema riguarda, per esempio, lo scostamento dagli esiti intermedi attesi.

Le quattro prospettive di analisi e di decisione sono state qui esposte necessariamente in modo distinto per chiarezza espositiva: sul terreno operano congiuntamente, rendendo la decisione il frutto del combinato

disposto dell'interazione delle diverse possibili piste di lavoro.

5. Conclusioni

Il merito del PNRR in sanità e del DM77 è di aver generato una chiara agenda di innovazioni possibili che riguardano le infrastrutture erogative, le caratteristiche dei servizi, le competenze da sviluppare, i processi erogativi e le interdipendenze tra professionisti (MMG, specialisti convenzionati, ospedalieri e medici, professioni sanitarie).

Il PNRR impone milestone e target precisi per quanto riguarda la costruzione e l'ammodernamento delle infrastrutture, mentre lascia ampia autonomia a Regioni e aziende sanitarie in merito all'innovazione dei servizi, delle competenze e dei processi produttivi. Questo permette le necessarie contestualizzazioni locali in un SSN molto eterogeneo per capitale istituzionale, professionale e infrastrutturale disponibile. Soprattutto lo spazio di autonomia impone, nei fatti, di decidere le priorità nei processi di innovazione, sia perché non è possibile sviluppare contestualmente e con uguale intensità tutti i comparti aziendali e gli ambiti di servizio, sia perché le risorse disponibili nel SSN, che sono largamente divergenti dalla dinamica dei bisogni, impongono di selezionare le priorità di intervento (per patologie, per territori, per setting, per ruoli professionali).

Il presente contributo mette in evidenza quattro spazi di rilevante autonomia per il policy maker regionale e aziendale, che devono essere popolati di decisioni: modalità di gestione della sanità di iniziativa, le forme di accesso e CRM, l'assetto organizzativo del territorio, i modelli di presa in carico della cronicità. Ovviamente vi sono

altri significativi ambiti di autonomia esplorando l'intero DM77: in questo lavoro vengono proposti quelli più strategici e poco esplorati.

Per ognuno di essi sono esplicitate possibili soluzioni alternative. A titolo d'esempio, in merito all'assetto organizzativo, si enucleano tre funzioni principali nella gestione (governo clinico, *operations management*, *service design*) e tre "mattoni organizzativi": il distretto, i dipartimenti, le piattaforme erogative locali. Occorre decidere quale "mattoncino" organizzativo sia responsabile di quale funzione e molte sono le combinazioni possibili e ragionevoli. Allo stesso modo è necessario scegliere la metrica di definizione dei target e di monitoraggio per ognuna delle funzioni di gestione elencate, per poter attivare i relativi strumenti operativi.

In sintesi, i diversi cantieri di autonomia offrono diverse possibili soluzioni tra cui scegliere, che devono essere selezionate in funzione dei bisogni, delle competenze e delle risorse localmente disponibili. Per assumere queste decisioni sono state riportate le 4 possibili prospettive di analisi emerse dalla discussione del gruppo tecnico di lavoro. In particolare, riguardano: le tecniche con cui si stratificano i pazienti, l'interpretazione del concetto di "prossimità", l'incidenza del digitale e infine il ruolo e l'organizzazione delle professioni sanitarie.

Si tratta di decisioni complesse e coraggiose, che se non vengono assunte in modo esplicito, fisiologicamente risulteranno emergenti e inconsapevoli. Questa stagione può essere generativa per il *top* e *middle management* delle regioni e delle aziende sanitarie, nella misura in cui possono popolare di imprenditorialità e responsabilità questi rilevanti spazi decisionali. Le sfide di oggi sono dettate in larga parte dall'im-

perante crescita della popolazione cronica e dei relativi bisogni assistenziali, combinata a un panorama di contenimento della spesa sanitaria e di scarsità di personale infermieristico. A questo proposito basti ricordare che, secondo le stime di FNOPI, nel prossimo decennio si assisterà a fuoriuscite di 14.000 infermieri a fronte di ingressi compresi fra gli 11.000 e le 13.500 unità. Questi numeri sono dissonanti con le ambizioni di rafforzamento dei servizi annunciate, in quanto non in grado di garantire nemmeno la copertura dei turni attuali come attualmente organizzati (Longo e Ricci, 2021).

Tali criticità impongono al management una lucida presa di responsabilità nel definire le priorità di attivazione dei servizi e la conseguente allocazione dei professionisti fra gli stessi. La mancanza di indicazioni chiare riguardo la vocazione dei setting, l'integrazione fra le strutture esistenti e quelle da costruire, la non coincidenza di indicazioni sugli standard di personale

nei diversi documenti programmatici, deve essere letta come occasione per il management di inserirsi in tali decisioni, declinandole a seconda dei diversi contesti locali e come opportunità per razionalizzare la rete di offerta. Non si tratta di una veloce corsa a ostacoli, ma di una maratona di almeno cinque anni, che è un tempo congruo per cambiamenti profondi e per mantenere stabile l'entusiasmo e la visione di un futuro possibile.

Ulteriori e future ricerche potranno individuare altre aree strategiche da approfondire e nuove chiavi interpretative per leggere le alternative di policy riscontrate. La stessa ricerca potrebbe, inoltre, essere replicata in un differente contesto regionale per ragionare, in ottica comparativa, sulla differenza delle questioni che possono emergere. Tale confronto potrebbe essere utile per rafforzare ancora di più il messaggio della necessità di assumere decisioni personalizzate e coerenti con il contesto di riferimento.

BIBLIOGRAFIA

Acocella I. (2005). L'uso dei *focus groups* nella ricerca sociale: vantaggi e svantaggi. *Quaderni di Sociologia*, 37: 63-81. DOI: 10.4000/qds.1077.

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.

Casolari L., Grilli R. (2004). *Il governo clinico del sistema sanitario. La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Corrao S. (2000). *Il focus group. Laboratorio sociologico*. Milano: FrancoAngeli.

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale – <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg> ultimo accesso: 12/09/22.

Decreto Ministeriale 6 agosto 2021. Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa

- e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione – <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/09/24/21A05556/sg>. Ultimo accesso: 23/08/2022.
- Estacio E.V., Whittle R., Protheroe J. (2019). The digital divide: examining socio-demographic factors associated with health literacy, access and use of internet to seek health information. *Journal of health psychology*, 24(12): 1668-1675.
- Faggini M., Cosimato S., Nota F.D., Nota G. (2019). Pursuing Sustainability for Healthcare through Digital Platforms. *Sustainability*, 11(1).
- Fattore G., Morando V., Tozzi V.D. (2018). Governo della domanda e Population Health Management: Regioni a confronto nell'utilizzo dei database amministrativi e nelle scelte di policy e management. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2018*. Milano: Egea.
- Fenech L. (2022) Operation management come fattore critico. *Economia & management: la rivista della Scuola di Direzione Aziendale dell'Università L. Bocconi*, 2: 17-21.
- Folgheraiter F. (2009). Integrazione socio-sanitaria. *Lavoro sociale*, 9(3): 435-448.
- 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 Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.
- Istat (2021). Salute e Sanità, Stato di Salute – <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=15448> ultimo accesso: 06/09/22.
- Kendzierska T., Zhu D. T., Gershon A.S., Edwards J.D., Peixoto C., Robillard R., Kendall C.E. (2021). The Effects of the Health System Response to the COVID-19 Pandemic on Chronic Disease Management: A Narrative Review. *Risk management and healthcare policy*, 14: 575-584. DOI: 10.2147/RMHP.S293471.
- Krueger R.A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Longo F., Barsanti S. (2021). *Community building: logiche e strumenti di management: comunità, reti sociali e salute*. Milano: Egea.
- 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: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.
- Manuale Operativo Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità 2022, Ministero della Salute, AGENAS – https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/PONGOV/0_Manuale_Operativo_PON_cr onicita_web.pdf ultimo accesso: 25/08/22.
- Migliorini L., Rania N. (2001). *I focus group: uno strumento per la ricerca qualitativa*. DOI: 11567/215931, Trapani: Gruppo Abele Periodici.
- Morando V., Tozzi V.D. (2015). Population health management e PDTA: “prove tecniche di implementazione”. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2015*. Milano: Egea.
- Paul D.L., McDaniel R.R. (2016). Facilitating telemedicine project sustainability in medically underserved areas: a healthcare provider participant perspective. *BMC Health Serv Res*, 16, 148.
- Piano Nazionale della Cronicità (2016). – https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf ultimo accesso: 25/08/22.
- Sosto G. (2020). *Una popolazione a strati. Modelli previsionali, population health management, stratificazione e targeting della popolazione. Strumenti integrati per la governance in sanità*. Soveria Mannelli (CZ): Rubbettino.
- Tozzi V.D., Longo F., Pacileo G., Salvatore D., Pinelli N., Morando 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.