

## 16 *Population health management* e PDTA: «prove tecniche di implementazione»

di Verdiana Morando, Valeria D. Tozzi<sup>1</sup>

### 16.1 Premessa

Il presente contributo esplora i principali contenuti del dibattito intorno al *Population Health Management* (PHM) che sta oggi rinvigorendo quello preesistente sugli *Integrated care Pathway*, del quale ha recepito intuizioni generali e opzioni operative. La ricerca che qui si propone analizza alcune esperienze italiane che si collocano all'interno di questo solco, evidenziando le traiettorie evolutive che si intravedono sia sul piano delle politiche generali per la tutela della salute sia del management dei servizi a livello aziendale.

Il capitolo è organizzato in tre macro sezioni che riflettono le fasi della ricerca. Nella prima parte (paragrafi 16.2 e 16.3) viene presentato un quadro di sintesi del dibattito sul governo clinico e i PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) nel contesto italiano e della prospettiva del PHM, individuandone, sulla base della letteratura, le definizioni chiavi e i nodi di interesse teorico e pratico a partire dal dibattito internazionale. La revisione della letteratura è stata altresì funzionale a costruire un modello di riferimento e individuare delle variabili per censire le esperienze in corso nel contesto nazionale e discuterle comparativamente (paragrafo 16.4). Nella seconda sezione, sono discussi i casi nazionali censiti e i risultati dell'*expert panel group*, condotto con gli esperti,

<sup>1</sup> Benché il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i paragrafi 16.1, 16.2, 16.6.2, 16, 16.7 sono da attribuire a Valeria D. Tozzi, i paragrafi 16.3, 16.4, 16.5, 16.6.1. a Verdiana Morando. Il capitolo non sarebbe stato possibile senza la partecipazione degli esperti al panel di discussione. Si ringraziano pertanto per la partecipazione, in ordine alfabetico: Massimo Annicchiarico (AUSL Modena, referente PDTA FIASO), Ovidio Brignoli (Medico di Medicina Generale, SIMG), Imma Cacciapuoti (Regione Emilia Romagna), Maria Chiara Corti (Regione Veneto), Antonio Compostella (ULSS Bassano del Grappa), Antonella Fait (Regione Lombardia), Daniela Matarrese (Regione Toscana), Giorgio Monti (Medico di Medicina Generale, SIMG), Elena Saccenti (AUSL Parma). Hanno inoltre contribuito alla raccolta dei materiali, attraverso la partecipazione a interviste semi-strutturate, Giuseppe Costa (ASL TO3, Regione Piemonte), Paolo Francesconi (ARS Toscana) e Mauro Agnello (Regione Lombardia).

protagonisti o persone coinvolte attivamente nelle esperienze individuate e discusse (paragrafo 16.5). Infine, la sintesi delle osservazioni raccolte viene discussa per individuare i principali elementi del dibattito nazionale, collocando le esperienze individuate in un quadro sistemico (paragrafo 16.6) e proponendo alcune raccomandazioni sugli sviluppi attesi nel prossimo futuro, o comunque le questioni da presidiare per il rafforzamento dei processi di cambiamento intrapresi nel miglioramento della clinical governance e del management della cronicità (paragrafo 16.7).

## 16.2 Population Health Management e PDTA

A partire dalla metà degli anni '90 l'acronimo PDT (Percorso Diagnostico Terapeutico) e subito dopo quello PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale) sono entrati nel vocabolario dei *practitioner* e degli studiosi del settore della sanità con obiettivi e accezioni diverse in ragione dei differenti approcci e delle discipline che di essi si sono occupati. Si possono scorgere le seguenti motivazioni dietro al dibattito e alle esperienze che tuttora popolano l'agenda politica e molti dei progetti di cambiamento a livello aziendale:

- ▶ *la necessità di razionalità clinica diffusa.* Con la definizione di PDTA le aziende sanitarie hanno tentato, e tentano tuttora, di introdurre condizioni stabili di gestione della casistica con la medesima patologia all'interno del loro perimetro, con particolare attenzione alla integrazione fra il livello ospedaliero e quello della rete territoriale di offerta all'interno della quale insistono. *L'evidence based medicine* (EBM) ha fatto da cornice di ragionamento per gli sforzi che si sono consumati in questa direzione rappresentando un elemento di coesione all'interno delle comunità dei professionisti medici e nel dialogo tra queste ultime e le direzioni delle aziende sanitarie. Questo ha permesso di ricreare forme di allineamento professionale all'interno di comunità multidisciplinari che operano in strutture di offerta differenti, attraverso variegate esperienze che possiamo aggregare sotto l'acronimo PDTA, sviluppate in numerosi contesti aziendali (Tozzi et al., 2015);
- ▶ *valutare i servizi nella prospettiva dell'utente.* Molti dei cambiamenti vissuti dai diversi SSR (Servizi Sanitari Regionali) sono stati motivati dal miglioramento della qualità delle cure, della loro sostenibilità per il sistema e dell'equità di accesso. Si tratta di linee di intervento di ampio contenuto che hanno trovato declinazioni operative grazie alla ricognizione del punto di vista del paziente e della sua famiglia (Manary et al., 2013; Fenton et al., 2012). Infatti, tali interventi appaiono efficaci se paziente e familiari hanno modo di verificare che, ad esempio, gli operatori che incontrano “sanno” e “sanno fare”; se

vi è la gestione deliberata, e senza discontinuità, del percorso di cura, evitando, ad esempio, che le prenotazioni siano fatte personalmente; se lo si orienta e lo si sostiene nelle scelte da compiere nel suo percorso di malattia che spesso alimenta non solo bisogni sanitari ma socio sanitari e assistenziali; o, ancora, se vi è una progettazione dei servizi che considera questioni operative, come gli orari di erogazione delle prestazioni, la logistica del malato, la refertazione digitalizzata. La definizione dei PDTA ha spesso coinciso con l'esplicitazione, in alcuni casi più maturi, degli standard di garanzia o più semplicemente dell'iter che il sistema prospetta al malato, rendendolo parte attiva non solo nelle scelte terapeutiche ma anche nell'organizzazione dell'intero percorso;

- ▶ *gestire le interdipendenze in reti di offerta sempre più ricche, ampie e complesse.* La numerosità e la configurazione delle attuali aziende sanitarie è straordinariamente differente dal quadro degli anni passati: ASL sempre più ricche di servizi, in ragione dell'ampliamento dei loro confini territoriali, e AO con vocazioni sempre più stringenti sull'acuzie e su alcune aree specialistiche. In questo scenario è evidente che le scale operative che segnano i confini del PDTA si allargano. I nodi della rete di offerta in cui il percorso può iniziare o finire diventano molteplici, mentre le relazioni tra professionisti, strutture di offerta e aziende sanitarie (in molti casi non solo quelle pubbliche) risultano intensificate. Costruire le condizioni che consentano a coorti di pazienti omogenee per bisogno di salute di ricevere le risposte adeguate, in un quadro di scelte e di modelli di organizzazione condivisi, infatti, è uno degli obiettivi che spesso viene associato ai PDTA. In ragione di questi obiettivi, si osserva che molti dei processi di fusione e di integrazione interistituzionale promuovono la configurazione di PDTA proprio al fine di sostenere, attraverso l'integrazione, la nuova identità aziendale: intervenire sui "motori" delle organizzazioni (ovvero sulle combinazioni economiche) serve quindi a fare sintesi delle storie aziendali pregresse. In questo caso, il percorso diventa l'occasione per riconfigurare l'intero processo di presa in carico che coinvolge un portafoglio di soggetti e strutture di offerta molto ampio per il quale occorre costruire nuove condizioni di funzionamento (Dobrzykowski et al, 2014, Langabeer, et al., 2015). Il dibattito sugli *Integrated Care Pathways* ha evidenziato che la riprogettazione delle dimensione professionale da un lato e la codifica degli "standard di servizio", calibrati sulle attese e le necessità dell'utenza rappresentano criteri mandatori per la riprogettazione dei modelli di presa in carico. Si tratta di facce della medesima medaglia: eventualmente, si dovrà mettere in priorità la prima rispetto alla seconda nel processo di avvio del cambiamento, ma l'efficacia di un percorso non può prescindere da entrambe (Kim et al., 2013).
- ▶ *esprimere il "valore" generato dalla presa in carico.* Nell'ultimo decennio sono stati elaborati sistemi anche molto sofisticati di valutazione dei risultati delle

unità organizzative, delle aziende sanitarie (Lecci et al, 2012; Carbone et al., 2013) e sono in via di definizione quelli che toccano il PDTA (Fasola et al, 2012). Se quest'ultimo è inteso come l'insieme unitario dei processi di erogazione che guidano la storia di malattia del singolo cittadino e della sua famiglia (dallo screening al fine vita), è evidente come il valore generabile dalla continuità delle cure si esprima anche, e soprattutto, attraverso il concetto di presa in carico. Traslare il concetto di valore dalle strutture organizzative ai processi riporta in auge il cosiddetto valore d'uso e richiede approcci multidimensionali, sia nella costruzione che nella valutazione dei processi stessi. Si evidenzia quindi la cruciale rilevanza delle configurazioni dei sistemi: in quelli universalistici il valore d'uso, quello direttamente connesso al soddisfacimento dei bisogni di interesse collettivo, intercetta le dinamiche di consumo delle aziende sanitarie pubbliche, mentre il valore di mercato è legato alle dinamiche di scambio con l'ambiente (Massei, 1992). Preme sottolineare in questa sede, infatti, che molti dei contributi che alimentano il filone della *value based care* (da Porter, 2006 e 2010 fino al più recente McColl – Kennedy et al., 2012) sottostimano la natura istituzionale delle aziende e le configurazioni di sistema proponendo esempi e concettualizzazioni non sempre coerenti con i modelli *beveridge*.

Il PDTA rappresenta, quindi, l'“oggetto” che intermedia le relazioni tra professionisti e aziende sanitarie, tra queste ultime e i pazienti e, in tempi più recenti, tra diverse aziende che operano nel medesimo contesto regionale. In quest'ultima direzione si pensi alle esperienze di rete clinica. Si tratta infatti di operazioni di sintesi tra prospettive distanti che hanno trovato elementi di convergenza sui contenuti del percorso, naturalmente composti da elementi professionali (chi fa cosa? Quali sono gli standard per la diagnosi e la terapia? ecc.), da questioni legate all'organizzazione dei servizi (come si connette l'ospedale al domicilio in fase di dimissione? ecc.), da valutazioni sulla fruibilità da parte del paziente (Quali attività per agevolare l'accesso? Quale copertura della popolazione, quali target di pazienti? ecc.). È evidente che il primo movimento che qualsiasi PDTA deve intraprendere è quello di conoscere quale sia la coorte di malati ai quali fa riferimento e chi essi siano nei singoli contesti territoriali e di quale livello di severità del bisogno essi siano portatori. Si tratta di rilevazioni puntuali da compiere routinariamente e non in modo sporadico (periodicamente le aziende sanitarie dovrebbero essere in grado di verificare quanti sono i pazienti e in che modo essi rientrano nei PDTA disegnati) attraverso strumenti e flussi informativi noti e consolidati: i database amministrativi delle aziende sanitarie e delle Regioni. Questi ultimi possono rappresentare un patrimonio di informazioni preziosissimo per compiere tali operazioni, laddove sia possibile adottare metodologie in grado di restituire informazioni utili per rispondere ai diversi bisogni fabbisogni informativi generati dai PDTA.

Il dibattito e le esperienze di PHM partono da una analisi della popolazione

che si allontana dagli approcci epidemiologici tradizionali. La Care Continuum Alliance (CCA, oggi Population Health Alliance), in un primo *white paper* del 2012 sul PHM (May, 2012), forniva una definizione operativa, basata su sei pilastri: 1) identificazione della coorte target sulla base di caratteristiche quali l'area geografica, l'inclusione in un programma di salute, l'arruolamento dei medici di base; 2) valutazione dello stato di salute sulla base delle informazioni cliniche e amministrative disponibili e il modello di profilazione adottato (profilo basato sul rischio o sullo stato di salute o la stadiazione); 3) stratificazione del rischio/segmentazione della popolazione in ragione di criteri differenti quali, ad es., la compresenza di patologie associate o complicanze, il disagio sociale; 4) definizione del piano di cure individuale; 5) valutazione dei risultati e audit tra i professionisti partecipanti, rispetto ai risultati di salute e di processo; 6) ciclo della qualità e miglioramento continuo dei processi e dei piani di cura.

Le aree di complementarità tra il filone del dibattito sugli *integrated care pathway* (l'interpretazione più vicina a quello che si intende per PDTA in ambito domestico) e il PHM stanno nel fabbisogno di: a) partire da informazioni aggregate per identificare le popolazioni producendo livelli differenti di segmentazione della domanda; b) associare le informazioni generali sui target in carico con l'identificazione di ogni singolo caso per sviluppare interventi mirati; c) mediare logiche complessive di presa in carico (come quelle dei PDTA) con i piano personalizzati di cura e assistenza che devono rispondere ai diversi livelli di severità del bisogno sanitario o sociale. Le affinità tra queste due aree di ragionamento emergono solo se il PDTA è letto come un processo erogativo unitario per bisogno di salute, che diviene oggetto di gestione in quanto combinazione economica d'azienda.

### 16.3 Population Health Management: i principali contenuti del dibattito

L'espressione *Population Health Management* inizia a diffondersi negli USA nel 2008 con la pubblicazione dell'articolo dell'Institute for Healthcare Improvement (Berwick et al, 2008), in cui viene declinato per la prima volta il cd. "triplice fine": migliorare la salute della popolazione, migliorare l'esperienza individuale e la qualità delle cure e ridurre la spesa pro capite. Questi obiettivi in realtà erano già stati introdotti dalla World Health Organisation nel 2000 (WHO, 2000), nel primo report sulla valutazione e comparazione internazionale delle performance dei servizi sanitari. A cambiare radicalmente, piuttosto, è l'impostazione organica dei tre obiettivi che, nella declinazione del "*triple aim*", non hanno più né un valore né un'interpretazione isolata, ma diventano saldamente interdipendenti. Ad esempio, la definizione della spesa pro capite assume un valore centrale nella programmazione e nella valutazione dei servizi sanitari solo se ricondotta a specifiche fasce di popolazione, identificate per aree

di bisogno. In questa direzione, PHM compare tra le condizioni necessarie, ma non sufficienti isolatamente, per il raggiungimento del *triple aim*, ovvero: il perseguimento simultaneo dei tre fini, l'identificazione e arruolamento della popolazione di riferimento e la presenza di un organismo di governance (*integrator*). Proprio in riferimento a quest'ultimo vengono individuati specifici ruoli e funzioni, tra cui: la necessità di un nuovo patto di alleanza con i cittadini e le famiglie per l'equità di accesso alle cure sanitarie; la previsione di una riforma del sistema di cure primarie; il controllo e la gestione dei flussi di finanziamento e delle risorse; la governance e regolazione del sistema; e il Population Health Management.

Negli anni successivi si è assistito ad un graduale chiarimento delle premesse e del rationale sottostante queste prime formulazioni, attraverso lo sviluppo teorico e pratico di alcune intuizioni e, sostanzialmente, attraverso l'avvio della riforma sanitaria negli Stati Uniti, in seguito alla discussa approvazione del Patient and Protection Affordable Care Act (23 marzo 2010) (cfr. Whittington et al, 2015, Bodenheimer et al, 2015). L'aspetto più interessante per gli osservatori e studiosi dei sistemi sanitari si individua pertanto nella rapida diffusione di questi modelli teorici nel dibattito e nelle esperienze contestualmente in corso a livello internazionale. In altri termini, il PHM sembra aver reso disponibile una nuova semantica e un primo tentativo di sistematizzazione rispetto a una pletera di esperienze già in essere, in primis in Europa, ma anche in altri contesti, accomunate dagli sforzi verso il triplice fine. Oltre alle esperienze statunitensi, infatti, Alderwick et al. (2015) collocano nell'alveo del PHM alcune esperienze in Germania, Svezia, Regno Unito, Alaska e Nuova Zelanda.

In questo quadro, il dibattito sul PHM si è diffuso in via preliminare più come una lettura di sintesi, un approccio utilizzato soprattutto nel mondo della consulenza per coniugare interventi derivanti da modelli pregressi e sedimentati nel tempo, rispetto ai quali esistono tradizioni teoriche e discipline accademiche distinte. Nelle premesse del PHM e nelle sue prime applicazioni si possono rintracciare i seguenti riferimenti concettuali e aree di intervento: 1) l'approccio di popolazione della *public health*, focalizzato su interventi di prevenzione della salute generale; 2) l'epidemiologia, per l'analisi della domanda e la stratificazione per condizioni di rischio clinico; 3) 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; 4) la *value-based care*, nell'impostazione per processi e percorsi di cura e la valorizzazione economica per episodi o cicli; 5) l'utilizzo dell'ICT e dei sistemi informativi per la raccolta puntuale delle informazioni sul malato; 6) la medicina personalizzata (*patient centred medicine*); e 7) il *case* o *care management*, per la presa in carico mirata dei soggetti con condizioni ad alta complessità o disabilità.

Osservando le esperienze internazionali successive alla formulazione del

2008<sup>2</sup>, è possibile oggi individuare alcuni elementi definitivi e distintivi del PHM.

### a) Population health

Il PHM promuove una accezione propria di “salute della popolazione”. Si tratta infatti di un’idea distinta da quella tradizionale dell’epidemiologia e della *public health*, poiché mira ad un cambiamento del paradigma di riferimento, attraverso la focalizzazione non tanto sul controllo dei fattori potenzialmente dannosi per la popolazione nella sua globalità (tipico della *public health*) quanto sulla misurazione dei risultati (sia in generale sia rispetto a specifiche sottopopolazioni o addirittura sul singolo caso); nonchè a 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 con le logiche e gli approcci manageriali e la valorizzazione dei percorsi di cura: la popolazione viene identificata attraverso alcune variabili di consumo, lette in modo retrospettivo, e di prestazioni attese, in chiave prospettica, definendo la “popolazione in carico” entro determinati confini, geografici o aziendali o di arruolamento. Non solo, nella prospettiva manageriale, emerge con forza la necessità 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, ad esempio economiche, sociali o ambientali, diverse e non direttamente collegabili all’impatto dei servizi sanitari e al loro accesso.

L’evoluzione del concetto di “salute della popolazione”, nei prossimi anni, potrebbe aprire nuove opportunità a partire dalla costruzione di approcci e strumenti di programmazione integrati (Kinding, 2007). Questa strada in parte è già stata intrapresa. Un esempio è l’introduzione dei profili di salute, in cui la popolazione generale viene segmentata per aree omogenee di condizioni di salute e bisogno; o, ancora, un altro esempio viene dall’evoluzione degli strumenti di predizione del rischio rispetto a specifiche determinanti. Simili strumenti consentono di integrare le prospettive di policy e manageriali, sul fronte della programmazione e implementazione dei servizi, con quelle della salute pubblica. Inoltre, in alcuni Paesi, tra cui USA, Germania e UK, si incominciano a vedere le prime esperienze pilota finalizzate a integrare la rete di offerta, tra i servizi di preven-

<sup>2</sup> Alcune pubblicazioni iniziano a predisporre una sintesi analitica delle esperienze riconducibili al PHM. Di particolare rilievo sono i lavori dell’Institute for Health Improvement che nel 2007 ha lanciato un programma di sperimentazione del triple aim “Breakthrough Series Collaborative Model” che ha visto l’attivazione di 141 casi pilota (Whittington et al, 2015). In UK, il King’s Fund ha pubblicato alcuni documenti di sintesi del quadro internazionale rispetto all’affermazione di modelli di PHM come evoluzione dei modelli di cure integrate (cfr. Alderwick et al, 2015)

zione della salute e degli stili di vita, la medicina generale e altri servizi di comunità presenti a livello territoriale – sia servizi sociali che servizi sanitari per l’area materno infantile, dipartimenti di salute mentale, servizi per i disturbi del comportamento o per disabilità cognitive etc. (cfr. Institute of Medicine, 2012).

Le prospettive di PHM si spingono fino a identificare la popolazione ottimale rispetto alle scale operative che le strutture di offerta dovrebbero garantire per la qualità dei servizi, in una duplice logica di economie di scala e di scopo. È evidente che anche progettando la rete di offerta per popolazione residente per area geografica resta il problema dell’efficientamento dei servizi e quello della capillarità dell’offerta a garanzia dell’equità di accesso: la lettura delle sottopopolazioni per patologie o aree più ampie di bisogno rimette in discussione la relazione tra bacini, requisiti della rete di offerta e soglie minime. In questa direzione, lo sviluppo delle reti cliniche ha permesso di rileggere questa relazione: le economie di scala e quelle di scopo trovano aggiustamenti puntuali nella rete di offerta in funzione dei fabbisogni dei popolazioni-target (es. l’oncologia o ematologia), la prevalenza, la necessità di dare risposte specialistiche, ma integrate e continuative, attraverso la rete di servizi.

## b) Big data

La gestione del debito informativo è entrata nella definizione internazionale di disease management ormai da un decennio: questo esplicita direttamente l’opportunità sul piano clinico-terapeutico di monitorare l’efficacia della presa in carico (Schrijvers, 2009). Negli ultimi anni, infatti, la crescente attenzione al ruolo dei flussi informativi è stata catalizzata dallo sviluppo dei modelli per la gestione delle cronicità, che hanno rafforzato alcune potenzialità di utilizzo dei database e consolidamento delle fonti informative verso obiettivi prima sottostimati, tra cui: il monitoraggio delle prestazioni e la valutazione dei risultati, l’analisi strutturata della domanda, la valorizzazione integrata per percorsi di cura attraverso algoritmi e tecniche di *record linkage*, la costruzione di cartelle sanitarie elettroniche, nonché l’integrazione di informazioni eterogenee, raccolte da più erogatori.

Gli ultimi rapporti sul PHM (PHA, 2014), infatti, introducono il termine di *automation* per indicare da un lato, come alcune funzioni di *data management* siano ormai organizzate attraverso una routine; dall’altro, per sottolineare come gli strumenti informativi non possano essere utilizzati come meri strumenti di monitoraggio, ma esigano piuttosto dei processi di integrazione strutturale e coerente nei sistemi di gestione e nei modelli organizzativi di presa in carico. Il termine “big data”, in questo quadro, individua la molteplicità ed eterogeneità di informazioni oggi reperibili che potrebbero costituire un vantaggio in termini di efficienza ed efficacia nella gestione dei sistemi sanitari, proprio nell’ottica del *triple aim*. Raghupathi e Raguphati (2014) segnalano fino a otto aree di sviluppo strategico in questa direzione, a partire dalla profilazione della popolazione

(*profile analytic*) e dalla medicina personalizzata anche nella prevenzione primaria, fino allo sviluppo dell'epidemiologia traslazionale, passando per la realizzazione di flussi specifici per la gestione delle *operations* e l'analisi delle pratiche rispetto all'EBM.

Il lavoro dei prossimi anni, per implementare logiche di PHM, pertanto, richiederà uno sforzo innovativo, condiviso tra attori del sistema e multidisciplinare di *data mining*, management e governance della trasparenza del dato, a più livelli, non solo funzionale e normativa, ma professionale e organizzativa.

### **c) Modelli di presa in carico: la centralità delle cure primarie e l'aggregazione della medicina generale**

Le cure primarie sono una priorità nei disegni di riforma dei sistemi in ragione della crescente domanda da parte di soggetti cronici, polipatologici, fragili e anziani. Tra i minimi comuni denominatori di queste riforme, vi è quella che promuove l'aggregazione di tipo funzionale o strutturale dei medici di medicina generale (MMG), costruendo gruppi monoprofessionali e multidisciplinari, per decentrare il follow up e allargare le competenze utili, come quelle degli infermieri che, con altri operatori socio-sanitari, possono dedicarsi alla gestione delle disabilità e delle fragilità in generale. In questa tensione riorganizzativa delle cure primarie, tuttavia, gli ostacoli principali si incontrano nella definizione degli assetti istituzionali, professionali e organizzativi connessi alla identificazione della natura e delle funzioni di queste aggregazioni: quale relazione si dovrà instaurare tra medico e altre professioni sanitarie? Il MMG diventerà un attore della produzione, il pivot della gestione clinica del paziente, o continuerà a svolgere la funzione di *gatekeeping*? Nella logica del PHM, queste domande trovano in parte risposta nell'approccio di popolazione: i team mono o pluriprofessionali avranno mandati specifici a seconda dei diversi target di pazienti, nella misura in cui rappresentano l'articolazione minima per la presa in carico territoriale di sotto-popolazioni. La definizione dei ruoli e delle funzioni dei diversi attori, di conseguenza, viene modulata dalla prospettiva della "salute di popolazione", coniugando gli approcci sopra descritti, di salute pubblica, in senso lato, con l'aspetto manageriale.

La definizione di sotto-popolazioni, in altri termini, esplicita la necessità di coordinare le transizioni e i processi di collaborazione, riducendo i costi di transazione, e standardizzando un minimo set di servizi scalabili ed esigibili. Questo discorso diventa più chiaro se si considerano i dati di prevalenza delle patologie croniche, rispetto alla popolazione in carico al singolo medico. Nello studio di Cusak et al. (2010) vengono discusse ipotesi di riorganizzazioni delle *practice* di medicina generale negli USA, proprio a partire dall'analisi di incidenza e prevalenza delle patologie rispetto alla dislocazione geografica e alle aggregazioni dei MMG: stimando la prevalenza dell'ipertensione a circa 472 pazienti per medico, con 2500 soggetti registrati, in un gruppo di 10 medici, il numero di pazienti ipertesi sale a 4.720 e a 47.200, per un gruppo di 25 medici. Questi numeri consentono

di portare in scala sia la gestione della committenza dei servizi specialistici o di rinvio ad altre strutture, sia di servizi di presa in carico continuativa, attraverso logiche di *case management* personalizzato o di assistenza, come potrebbe essere un servizio di counseling infermieristico, il cd. *navigator*, attraverso la realizzazione di centrali uniche telefoniche. Non solo, sono sempre questi numeri che consentono di attivare servizi e interventi complementari in una logica integrata ed unitaria, dalla prevenzione primaria sugli stili di vita, alla chiamata attiva per gli screening, ecc. Il percorso descritto dalla logica del PHM non lascia tuttavia molte alternative, nella misura in cui è perseguibile solo attraverso una riorganizzazione e integrazione sistematica delle cure primarie, dalle fasi di programmazione, attraverso l'utilizzo di strumenti di analisi della domanda e registrazione dei flussi, a quella di erogazione e presa in carico, fino alla valorizzazione delle prestazioni e alla gestione dei flussi di finanziamento, per fare efficienza attraverso l'abbattimento dei costi di sostituzione (tra setting di cura) e l'appropriatezza della presa in carico. Negli Stati Uniti e nel Regno Unito questi indirizzi sono oggi al centro del dibattito e delle esperienze pilota in corso, da un lato con l'avvio delle *Accountable Care Organisations*, dall'altro con i *Commissioning Care Groups* in Inghilterra. L'Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ) americana ha infatti introdotto la nozione di "***practice-based population health***" (***PBPH***) in riferimento alle ACOs: "*an approach to care that uses information on a group of patients within a primary care practice or group of practices to improve the care and clinical outcomes of patients within that practice*" (Cusak et al, 2010).

#### **d) Governance del sistema**

Tra le precondizioni per lo sviluppo del *triple aim*, viene data particolare attenzione alla governance del sistema e alla presenza di organismi di governance, centrale e/o decentrata, che ricoprano funzioni di tenuta e rafforzamento di processi di integrazione, orizzontali e verticali, strutturali o funzionali, attraverso la definizione delle policy e l'*accountability* rispetto ai valori del servizio sanitario e alle forme di finanziamento adottate, fino all'implementazione operativa del PHM. In questa direzione, ci sono almeno tre osservazioni degne di riflessione.

Il primo punto rilevante è relativo alla capacità di committenza che i sistemi sanno esprimere rispetto alle modalità di risposta a specifici target di bisogni. La committenza integrata all'approccio di popolazione induce modelli verticali di governance che mettono al centro il soggetto che ha la titolarità della funzione e/o finanzia il sistema di erogatori. La natura e la configurazione generale del Sistema (modello Beveridge o Bismarck, ad es.) condizionano molto queste scelte. Virare verso logiche di PHM rappresenta una scelta strutturale per i sistemi che si consuma nelle pieghe delle politiche per la salute e interviene nei modelli di management. Le sfide che si aprono oggi, in questa chiave, si attagliano pertanto alle capacità di espressione di queste funzioni da parte delle strutture di governance.

Un ulteriore elemento da enfatizzare è dato dalle competenze tecnico specialistiche che le tecnostutture devono avere per supportare i processi decisionali. Più i sistemi tenderanno a sviluppare forme di incentivazione e valutazione orientate agli *outcome*, più la funzione tecnica di programmazione dovrà ancorarsi alla valutazione dei risultati. La valutazione del valore prodotto, infatti, nelle logiche di popolazione mature tenderà a sganciarsi dalle logiche di processo attuali.

Infine, si evidenzia la centralità dei ruoli riconosciuti come responsabili dei processi di integrazione. Il coordinamento organizzativo dei professionisti e delle unità di offerta dovrà essere sviluppato anche a livello decentrato, attraverso la leadership dei professionisti collocati in posizioni di responsabilità. La coesione di un sistema integrato, nell'ottica del PHM, dipende in ultima istanza dalla presenza di ruoli di responsabilità esercitati in modo da "far funzionare" la macchina. Per analogia, nel contesto italiano, possiamo trovarne un esempio nelle nuove funzioni che dovranno assumere le direzioni sanitarie nel coordinamento dei processi integrati di *clinical governance* in aziende sempre più grandi; o ancora i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali, posizioni per le quali è richiesto un cambiamento significativo rispetto al recente passato.

## 16.4 Obiettivi e organizzazione della ricerca

### 16.4.1 Obiettivi e metodi

L'analisi condotta intende predisporre un primo documento di sintesi e posizionamento del contesto nazionale sulle prospettive di evoluzione della governance clinica e del PHM, a partire da una ricognizione ragionata delle esperienze in corso. Il presente contributo mira ad approfondire le risposte esigibili intorno a due questioni.

#### 1. *Quali sono i soggetti e quali le condizioni di sviluppo di esperienze di PHM?*

Con il termine "soggetti" fa riferimento alla filiera istituzionale di attori che esprimono responsabilità rispetto ad ambiti territoriali o coorti di popolazione nelle esperienze anche embrionali di PHM – ovvero dalla dimensione macro della Regione (o suoi sottoinsiemi) a quella meso delle aziende, fino a quella micro dei professionisti. Rispetto alle condizioni, invece, nel dinamismo dei cambiamenti attuali, è utile interrogarsi se sussistano dei percorsi condizionali di evoluzione, e quindi dei processi di cambiamento incrementali; o, se, al contrario, in questa rinnovata stagione delle funzioni di programmazione, i processi top-down individuino dei percorsi di cambiamento discontinui e radicali, attraverso progressivi shock del sistema (Christensen et al, 2009)

## 2. Dalla prospettiva di popolazione alla presa in carico individuale: quali confini tra standardizzazione e personalizzazione? Attraverso quali strumenti?

I dati epidemiologici e sociali mostrano con evidenza che oggi l'emergenza non è più la gestione della singola patologia, quanto la prevalenza di condizioni croniche ad alta complessità, polipatologiche o determinate da condizioni degenerative e invalidanti o ancora rare, sotto il profilo clinico, e dalla fragilità socio-economica (Barnett et al, 2012; Pacileo, Tozzi, 2015). In questo quadro appare interessante valutare le forme di mediazione tra la naturale istanza di garantire standard uniformi per aree di patologia o bisogno e quella di lettura e presa in carico della dimensione più tipicamente individuale.

Lo studio è stato organizzato in tre fasi esplorative, adottando lo schema analitico tipico della policy analysis. La prima fase è stata condotta attraverso una revisione della letteratura sull'evoluzione del governo clinico e del PHM; da qui, sono state identificate le variabili teoriche per la costruzione di un modello analitico, funzionali a censire le esperienze collocabili in questo orizzonte e ad analizzarle comparativamente. La seconda fase di ricerca è stata quindi caratterizzata dal censimento delle esperienze nazionali e dalla costruzione di un panel di esperti, protagonisti o persone coinvolte attivamente in esse, per realizzare un *expert panel group*<sup>3</sup> di discussione e produzione di consenso intorno alle questioni sopra enunciate. I risultati raccolti nella fase di ricerca bibliografica e nella discussione con il gruppo di esperti sono stati quindi sintetizzati e discussi dai ricercatori, con una revisione finale da parte dell'*expert panel group*, che ha rivisto e validato l'analisi comparativa delle esperienze nazionali.

### 16.4.2 Schema per il censimento nazionale delle esperienze di PHM

Attraverso la revisione della letteratura sul PHM, lo schema analitico di analisi delle esperienze di PHM è stato costruito intorno a quattro dimensioni, nel tentativo di focalizzare l'analisi sia sugli strumenti messi in campo che sulle logiche e i documenti di programmazione degli anni più recenti, a partire dal 2010, nel contesto nazionale. Le quattro dimensioni di analisi identificate risultano:

► *strumenti di analisi della domanda*: utilizzo di registri di patologia, studi di

<sup>3</sup> La metodologia dell'*expert panel group* rappresenta un'evoluzione del metodo Delphi, ovvero dell'indagine attraverso survey esplorative rivolte agli esperti di un dato ambito o settore disciplinare per costruire consenso su questioni emergenti o rivedere proposizione della comunità scientifica. L'*expert panel group* è quindi una metodologia di lavoro che persegue i medesimi obiettivi, ma risulta spesso più efficace in ragione della creazione di un gruppo coeso, coinvolto attivamente e in presenza, di contro al metodo Delphi che, avvenendo a distanza nello spazio e nel tempo, rischia di fallire per la perdita di continuità e interesse del gruppo stesso di esperti selezionati (Landeta, 2006; Geist, 2010).

- prevalenza e incidenza e consumo; presenza di strumenti di programmazione sia analitici, come la costruzione di profili di cura e assistenziale, sia predittivi, come l'utilizzo di strumenti di predizione del rischio clinico e socio-sanitario;
- ▶ *modelli organizzativi di presa in carico*: sviluppo di modelli organizzativi che fanno perno sulla clinical governance e identificazione degli stakeholder e delle soluzioni adottate per la governance della filiera di servizi;
  - ▶ *strumenti operativi e informativi*: presenza capillare e integrata dei flussi informativi (amministrativi e clinici) e utilizzo di gestionali per supportare il management dei pazienti; adozione di strumenti operativi di cost management (budget, tariffe di percorso) e strumenti di monitoraggio e valutazione della spesa, della qualità delle cure per incentivare i cambiamenti;
  - ▶ *governance*: livello e regime di governance sviluppato nel sistema (processi decisionali) e funzioni assunte, dalla regolazione, all'erogazione fino alla valutazione.

## 16.5 Risultati del censimento: esperienze nazionali PHM

L'analisi delle esperienze nazionali ha portato all'identificazione di cinque contesti in cui gli indirizzi del PHM hanno trovato un'interpretazione e una applicazione a livello regionale: Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana. Sono state censite altre esperienze sia di matrice regionale che aziendale che, tuttavia, non sono state incluse in questa analisi poiché ad oggi presentano dei limiti rispetto alla loro generalizzabilità - soprattutto nel caso di esperienze aziendali isolate, sviluppate fuori da o in anticipo rispetto allo sviluppo di modelli e politiche regionali di riferimento – oppure, poiché non soddisfano esaustivamente il minimo set di variabili individuate.

A livello nazionale, inoltre, si individua il ruolo complementare svolto dalle società scientifiche professionali e dalle istituzioni nazionali. Nel censimento, sono state quindi prese in considerazione, in via preliminare, le esperienze intraprese dall'Agenas, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, e dalle SIMG, Società Italiana di Medicina Generale. Anche il Ministero della Salute, negli ultimi anni, si è attivato nel rafforzare il dipartimento di Programmazione sanitaria e il Piano Nazionale della Cronicità, la cui pubblicazione è attesa entro la fine del 2015, promuoverà una prima definizione e identificazione, condivisa a livello nazionale, di indirizzi di policy e strumenti di programmazione riconducibili alla prospettiva del PHM. Di seguito, vengono presentate le quattro esperienze regionali analizzate, mentre la tabella n. 16.1 ne restituisce un quadro sinottico, attraverso le variabili osservate.

L'inclusione nel censimento delle due realtà, Agenas e SIMG, si giustifica per la trasversalità su scala nazionale e per il ruolo che ricoprono in questo contesto, in linea agli obiettivi del presente contributo di fornire una sintesi ragiona-

ta, ma generalizzabile e trasversale agli ambiti clinici e settori disciplinari specialistici. L'Agenas (tabella n. 16.2) ha avviato da anni dei progetti e azioni di miglioramento nel 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 messi in campo (in primis con lo sviluppo del software TheMatrix, per l'elaborazione dei database amministrativi attraverso algoritmi testati per il *case finding* delle principali patologie croniche), e infine, ha sviluppato un panel di progetti orientati alla misurazione e valutazione dei risultati dei servizi per le fasce di popolazioni più fragili, in particolare i non-autosufficienti. L'inclusione nel panel di esperti della SIMG (cfr. tabella n. 1.3) è stata fondamentale per conoscere gli strumenti di analisi della domanda e management delle sotto-popolazioni, definite in base all'arruolamento, sia generale che per target di patologia fino alla discussione del *case finding* e trattamento dei casi ad alta complessità. Questo affondo riflette l'esigenza di avviare una riflessione nella prospettiva del PHM, e in particolare di quello che viene definito come PBPH (cfr. supra), nell'ambito del riordino e avvio delle aggregazioni territoriali della medicina generale. In questo quadro, SIMG da tempo ha avviato un sistema informativo, basato sulle informazioni cliniche e non amministrative, sofisticato e in grado di supportare l'attività corrente del medico, mettendo a disposizione sia informazioni e linee guida di trattamento provenienti sia dalle linee guida EBM sia dal benchmarking con gli altri medici partecipanti al network e che hanno adottato lo stesso software. In prospettiva, si delineano importanti azioni di collaborazione e integrazione tra i database e gli strumenti di analisi di domanda basati sui flussi amministrativi e le informazioni provenienti dai gestionali della medicina generale. In questa direzione, alcune aziende sanitarie locali, infatti, si sono già o si stanno attrezzando per predisporre delle interfacce tra i due sistemi operativi, aziendale e della medicina generale, o per introdurre in quest'ultimo delle funzioni di reportistica allineate ai requisiti di governo clinico e delle azioni implementate a livello aziendale (ad es., nelle USSL del Veneto o a Reggio Emilia).

### 16.5.1 Modelli e strumenti di PHM adottati a livello regionale

#### *Emilia Romagna*

Gli ultimi Piani socio-sanitari e di prevenzione della Regione Emilia-Romagna fanno perno sull'attivazione di approcci di popolazione sia attraverso interventi mirati alla sotto-popolazione di persone croniche o a rischio per condizioni di salute e fragilità socio-economiche, sia mirati alla popolazione generale. In questa direzione, si possono delineare dei trend comuni e sinergici tra il piano di riordino delle cure primarie a livello regionale (L.r. 29/2004 e successive), le scelte avviate nella riorganizzazione dei modelli di offerta e l'introduzione di stru-

menti per l'analisi e la definizione dei profili della domanda di salute, che si iscrivono pienamente in logiche di PHM.

In primo luogo, attraverso una collaborazione avviata nel 2008 con la Public Health School della Jefferson University, la Regione si è dotata di un sistema di definizione del profilo della salute della popolazione generale. Il *progetto del profilo di salute*, avviato come pilota in alcune aziende, in particolare nell'AUSL di Parma<sup>4</sup>, è ora entrato stabilmente nella programmazione regionale attraverso i Piani di Prevenzione, 2012-2015 e 2015-2018.

In linea con il dispositivo del profilo di salute, l'introduzione del profilo di cura nei nuclei di cure primarie (NCP), per i pediatri di libera scelta e nelle Case della Salute (CdS) rappresenta 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. Il profilo di cura costituisce quindi una scelta strategica delle policy regionali per declinare e adattare uno strumento di programmazione al setting territoriale, in linea con i percorsi di riforma e integrazione delle cure primarie e dei servizi territoriali (L.r. 29/2004; Dgr 291/2010) orientati a rafforzare la committenza del distretto, con l'avvio in contemporanea delle CdS, dei posti letto territoriali a gestione infermieristica e delle cure intermedie.

Nel dettaglio, il *profilo di cura* consente di raccogliere una reportistica trimestrale per valutare e monitorare gli indicatori di qualità rispetto a cinque dimensioni: demografica ed epidemiologica; l'utilizzo dei servizi sanitari, gli indicatori di qualità per le patologie croniche secondo le linee guida internazionali (malattie cardiovascolari, diabete e asma), l'appropriatezza prescrittiva per l'anziano, e l'aderenza alle terapie farmacologiche. Oltre ai profili di cura, nei setting delle cure primarie (NCP, CdS, ambulatorio infermieristico e distretto) sono stati introdotti i *profili di rischio*, ovvero un modello predittivo del rischio di ospedalizzazione sulla base delle condizioni di salute. Questa ulteriore stratificazione consente di organizzare percorsi di *case/disease management* individuali e mirati, integrando i servizi di comunità, allo scopo di prevenire il ricorso alle cure ospedaliere. Infine, ulteriore elemento per la programmazione per i soggetti cronici sono i *registri di patologia*, su base provinciale, per le principali patologie croniche. Tra questi, si ricorda in particolare la costruzione dei registri per il profilo di rischio cardiovascolare, avviata in fase sperimentale nel 2006, nell'ambito del Piano di prevenzione, e oggi diffuso in tutta la regione. La registrazione del rischio cardiovascolare avvie-

<sup>4</sup> 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, 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.

ne nei setting delle cure primarie per predisporre una carta di lettura integrata, quale strumento di prevenzione primaria che consente di fare uno screening della popolazione registrata con una chiamata attiva da parte dei NCP e di utilizzare la carta del rischio, per personalizzare l'intervento finalizzato alla promozione di uno stile di vita salutare, avvalendosi anche di interventi di counselling.

La stratificazione per profili di cura e rischio e i registri di patologia sono strumenti funzionali e allineati alla riorganizzazione della rete di offerta: in questo quadro, infatti, è possibile attivare percorsi standardizzati o mirati, per i casi più complessi (attraverso il *case finding* e modelli di case management), attraverso PDTA integrati a livello aziendale, tra ospedale e territorio su base provinciale. Nelle CdS, infatti, sono stati attivati diversi programmi di gestione integrata per le patologie croniche, tra cui: diabete, scompenso cardiaco, bronco-pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), insufficienza renale cronica, patologie psichiatriche minori e TAO. Nel 43% delle CdS (35), tra quelle già attivate, sono presenti sistemi di monitoraggio attivo dei pazienti (sistemi di recall, follow up telefonico, counselling infermieristico ambulatoriale e domiciliare, case management per pazienti complessi).

A livello aziendale, la costruzione di PDTA integrati presenta inoltre esperienze di particolare interesse nell'ottica del PHM, laddove la progettazione del PDTA ha preso avvio da un'analisi strutturata della sotto-popolazione obiettivo, rispetto alla stima quantitativa e qualitativa di copertura del fabbisogno, equità e qualità nell'accesso ai servizi. Negli ultimi anni, si è distinta in particolare l'azienda AUSL di Bologna attraverso la messa a sistema congiunta dell'approccio manageriale del process management e di governo clinico attraverso i PDTA. Sono stati quindi implementati fino a 40 PDTA, di cui 20 monitorati stabilmente e trasformati in obiettivi di budget grazie all'utilizzo di indicatori di monitoraggio e risultato. Non solo, per due percorsi (nascita e del tumore della mammella) è prevista una forma strutturata di rendicontazione pubblica (*accountability*) in termini di esigibilità dei servizi offerti, equità, qualità e sostenibilità del servizio sanitario pubblico; si tratta di un'esperienza unica a livello nazionale. Infine, si ricorda anche il lavoro che l'AUSL di Parma ha portato avanti in questi anni, come azienda pilota, sperimentando strumenti di identificazione e stratificazione della popolazione di riferimento, secondo il modello proposto da Jefferson University, e consentendo lo sviluppo di un'expertise locale avanzata nell'utilizzo integrato e inter-aziendale dei flussi amministrativi ai fini del governo clinico. In questa direzione, si segnala la recente attivazione del polo neurologico integrato tra AO e AUSL, come prima esperienza pilota di macroarticolazione strutturale che integra la rete dei servizi neurologici di ciascuna azienda superando i confini istituzionali, frutto di un lungo lavoro di ricognizione della domanda, del bisogno di salute soddisfatto e di riorganizzazione della rete di presa in carico.

### Lombardia

La Regione Lombardia sta attraversando un periodo di riforma strutturale e in questo senso i futuri assetti del sistema prefigurano forti tensioni verso logi-

che di PHM, a partire dalla ridefinizione di macro-aggregazioni territoriali che ridisegneranno l'attuale geografia istituzionale. In questa sede, è quindi opportuno richiamare l'esperienza pilota dei CReG (Chronic Related Groups) che, per prima nel contesto domestico, ha associato l'analisi della domanda a logiche di presa in carico per percorsi nella gestione della cronicità alla valorizzazione economica. Questo risultato, così come la priorità data ai meccanismi di finanziamento, va interpretata tanto alla luce della specificità del SSR lombardo (che dal 1997 ha separato le funzioni di committenza e produzione), quanto rispetto agli investimenti fatti negli strumenti informativi, con la creazione della Banca Dati Assistito (BDA) per l'analisi della domanda attraverso l'integrazione dei flussi amministrativi (*record linkage*).

I CReG rappresentano pertanto il dispositivo principale per l'avvio della riorganizzazione delle cure primarie. Il CReG è una tariffa predefinita per remunerare le attività organizzative generali di presa in carico e governare i consumi di prestazioni riferibili al percorso. La fase di sperimentazione, avviata nel 2012-2013, ha previsto un rinnovo annuale in sinergia alla ridefinizione delle regole di funzionamento. Questa fase ha coinvolto ad oggi 5 ASL e si estenderà progressivamente ad altre su base volontaria. Le patologie croniche considerate per l'arruolamento sono: nefropatie, BPCO e cardiopatie.

I pazienti cronici reclutabili sono stati individuati senza alcun limite di età dalla DG regionale, sulla base di un algoritmo applicato alla BDA, mentre l'arruolamento è avvenuto per quote via via crescenti e su base spontanea dai MMG aderenti al progetto, organizzati in forma Cooperativa per la gestione del CReG. Nell'avvio dei CReG, infatti, la presa in carico dei soggetti cronici non è stata associata ad un modello organizzativo; piuttosto, sono stati definiti dei requisiti minimi inerenti la piattaforma organizzativa che i soggetti interessati a partecipare ai bandi di assegnazione per la gestione dei CReG devono soddisfare. In dettaglio, la piattaforma organizzativa si fonda su tre pilastri fondamentali:

- ▶ Il *sistema informativo*, costituito dalla Banca Dati Assistito (BDA) per la identificazione dei pazienti cronici e dal Datawarehouse regionale per il monitoraggio del progetto, cui gli enti gestori devono assolvere il debito informativo per i soggetti arruolati;
- ▶ 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 PDT di cura condivisi a livello territoriale. La Regione ha fornito ad ogni ente gestore del CReG un Elenco delle Prestazioni Attese (EPA) come *benchmark* di riferimento per ciascuna Classe CReG, basato sui dati storici di programmazione rilevati nei PAI. L'EPA, infatti, a differenza dei PDT che nell'esperienza lombarda sono formulati per le monopatie e

sulla base delle linee guida internazionali, meglio fotografa le reali attitudini prescrittive dei professionisti del territorio e registra le variazioni derivanti dalla personalizzazione dei percorsi rispetto agli standard.

- ▶ un *criterio di remunerazione basato sulle Tariffe CReG* e sull'assegnazione di un budget (in questa fase solo "virtuale") alla Cooperativa di MMG (in aggiunta a quota capitaria). La tariffazione è stimata dalla DG in base ai consumi storici per ciascuna delle Classi CReG individuate in un elenco di patologie, considerate singolarmente oppure in abbinamento a un'altra patologia/comorbidità (CReG multipatologici), per un totale di circa 200 tariffe. Gli introiti derivanti dalle tariffe sono assegnati al netto dei consumi sanitari effettivi, sulla base di un contratto stipulato con l'ASL competente, da uno o più "gestori dei CReG", con funzione di coordinamento tra tutti gli attori del sistema.

Nella prospettiva del PHM, l'esperienza dei CReG evidenzia almeno due intuizioni significative e generalizzabili. In primo luogo, il meccanismo di finanziamento del CReG ha stimolato l'aggregazione dei MMG e la formazione autonoma di Cooperative in associazione ad un ente gestore di servizio per il supporto alla presa in carico dei pazienti arruolato, la sotto-popolazione della cooperativa. In secondo luogo, il funzionamento del CReG restituisce un esempio di grande centralità della Regione sia nella definizione degli strumenti operativi e informativi che nelle regole di funzionamento/accreditamento e valutazione, operando attraverso l'intermediazione dell'ASL per la negoziazione dei contratti. Si tratta di una architettura di governance molto centralizzata che condiziona le convenienze dei soggetti attraverso la leva finanziaria. In più, a livello locale, la creazione delle cooperative è stata possibile e facilitata laddove si sono create le condizioni per un allineamento tra i professionisti e l'identificazione di alcuni medici "leader", nel coordinamento e gestione delle attività della cooperativa. Quest'ultima infine rappresenta un ulteriore soggetto di coordinamento funzionale e finanziario rispetto sia all'arruolamento dei paziente, al coordinamento dei professionisti e alla fornitura dei servizi supporti, nonché rappresenta il centro di responsabilità per la ripartizione dei rimborsi e degli incentivi.

Sempre nella prospettiva del PHM, Regione Lombardia, negli ultimi anni ha promosso sia lo sviluppo delle reti di patologia che il riordino della rete per intensità di cura. Sebbene entrambi questi indirizzi attendano di essere chiariti dall'imminente disegno di riforma, è interessante richiamare l'investimento fatto, soprattutto sulla rete oncologica ed ematologica, nella creazione di registri di patologia e banche dati informatizzate per queste sotto-popolazioni, in un'ottica integrata tra i soggetti erogatori partecipanti alle reti.

### *Veneto*

L'esperienza della Regione Veneto, nella prospettiva del PHM, evidenzia un percorso crescente di interventi in linea con le dimensioni di analisi individuate

nello schema analitico. La prima scelta strategica regionale, nel percorso di riforma dell'organizzazione dei servizi territoriali sancito dalla LR n. 23 del 29 giugno 2012, ha evidenziato la necessità di adottare strumenti di misurazione, analisi e gestione della salute del cittadino che, analogamente al sistema dei DRG ospedalieri, consentisse di misurarne oggettivamente l'attività e di confrontare popolazioni di assistiti, partendo dal paziente, dal suo carico di malattia e multimorbilità e non dalla prestazione, dal suo costo o dall'erogatore. L'analisi degli strumenti metodologici disponibili ha portato alla individuazione nel 2012 del sistema Johns Hopkins ACG (Adjusted Clinical Group), approvando il progetto biennale «Sistema ACG per la valutazione del case-mix territoriale nella Regione del Veneto: progetto pilota per l'adozione di strumenti innovativi di misurazione, analisi, programmazione e case-management per il governo clinico del territorio». Questa prima scelta si è quindi focalizzata sull'investimento in uno strumento di analisi della domanda e stratificazione del rischio a livello di popolazione generale e funzionale all'ulteriore segmentazione per sotto-popolazioni, in base alle condizioni morbose e il fabbisogno assistenziale. Durante il primo biennio di progetto 2012/2013 la Regione Veneto con la DGRV n. 439 del 20 marzo 2012 ha identificato nelle ULSS 16 e ULSS 20 le Aziende Sanitarie pilota per sperimentare l'applicazione del Sistema ACG, coprendo circa il 20% della popolazione veneta. Le due Aziende ULSS rappresentano ed insieme assistono infatti quasi un milione di cittadini. Successivamente, con la DGRV n. 498 del 16 aprile 2013 la Regione ha approvato l'estensione del progetto al biennio 2013/2014, allargando la sperimentazione a 2 milioni di assistiti e individuando, con Decreto n. 36 del 30 aprile 2013, ad integrazione delle Aziende ULSS 16 e 20, le Aziende ULSS 4 (Alto Vicentino), ULSS 6 (Vicenza) e ULSS 9 (Treviso) per un totale di 1.899.562 residenti/assistiti, integrando la partecipazione dell'Azienda ULSS 2 (Feltre) al fine di utilizzare il sistema ACG con 2 milioni di assistiti.

Questo primo passaggio è avvenuto senza modificare inizialmente gli assetti organizzativi e istituzionali, sebbene la riforma delle cure primarie era già sullo sfondo, con l'avvio di esperienze pilota di aggregazione della medicina generale e del riordino della rete ospedaliera attraverso le reti per patologia (ad esempio la rete oncologica veneta, a novembre 2013) e l'introduzione delle cure intermedie, fino all'introduzione di PDTA pilota per le patologie croniche, in primis per la BPCO nel 2012. L'ultimo PSSR, 2012-2016, ha rafforzato la riorganizzazione delle cure territoriali e l'implementazione dei processi di governo clinico. A livello territoriale, infatti, la riforma delle cure primarie ha visto il rafforzamento delle funzioni del distretto, l'introduzione di una nuova articolazione organizzativa, la Centrale Operativa Territoriale (COT) per la gestione delle transizioni tra ospedale e territorio, gestita da un team infermieristico, e il rafforzamento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). L'integrazione del sistema, inoltre, è stata sostenuta dall'avvio della fase im-

plementativa delle reti cliniche (in primis la rete oncologica) e l'introduzione di PDTA a livello regionale, con la deliberazione per primo del PDTA della BPCO. Non solo risultano oggi in fase di revisione anche gli assetti istituzionali, e come in Regione Lombardia, si attende a breve un riordino e accorpamento delle ULSS in macro-aggregazioni con popolazioni-target più ampie. In questo percorso evolutivo, anche ACG da strumento di programmazione regionale 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.

ACG è un sistema informativo che attraverso un algoritmo consente la costruzione *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. La sperimentazione regionale è stata supportata da una collaborazione con la John Hopkins University di Baltimora, a partire dal 2012, e la creazione di una nuova banca dati per la popolazione veneta, a partire dai flussi informativi amministrativi disponibili.

Con il 2014, la sperimentazione è entrata a regime ed estesa a tutte le ULSS e, di concerto, con il nuovo progetto ACG 2014-15, sono state avviate nuove azioni affinché da strumento di programmazione regionale, ACG possa essere utilizzato a livello aziendale per la programmazione dell'assistenza territoriale. In questa direzione, tra gli obiettivi di ACG, va sottolineato anche il mandato nella programmazione economico-finanziaria, per migliorare la verifica dell'allocazione delle risorse sulla base del bisogno, l'equità di redistribuzione e accesso alle cure, soprattutto per i soggetti più fragili. Gli obiettivi che si intendono perseguire con ACG nel prossimo futuro riguardano sia l'identificazione del budget atteso sia i costi standard di percorso, calcolando sia l'atteso che i costi osservati, aggiustati per la multimorbilità della popolazione. Lo strumento del budget potrà quindi essere utilizzato a diversi livelli: aziendale, distrettuale, di AFT, di Medicina Integrata di Gruppo e per singolo medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

L'attuale sviluppo del sistema ACG tende quindi a rafforzare l'allineamento alla riorganizzazione delle cure primarie e ad un suo utilizzo funzionale in supporto alla programmazione della presa in carico, attraverso il *case finding* dei pazienti a rischio e l'utilizzo dei PDTA, sia per la Centrale Operativa Territoriale che per le Medicine integrate di gruppo. La COT è stata introdotta nel 2014 come articolazione organizzativa assimilabile alle cure di transizione, in quanto ha il compito di supportare, attraverso un call center infermieristico, l'attività dei MMG e degli specialisti nelle transizioni dei pazienti dall'ospedale al territorio o per attivare servizi di assistenza domiciliare in fasi di emergenza. A tendere la COT sarà operativa anche per un accesso diretto dei pazienti ad alto rischio. Le Medicine Integrate di Gruppo, invece, sono state introdotte più recentemente (AIR 2015), come aggregazioni terri-

toriale della medicina generale. Le MIG sono team multi-professionali, costituiti da medici e pediatri di famiglia, specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali che hanno il compito di erogare l'assistenza continuativa e globale al singolo dalla prevenzione alla palliazione; assicurano un'assistenza h24, 7gg su 7, e rappresentano lo snodo organizzativo principale del Distretto socio-sanitario attraverso azioni di prevenzione primaria attiva in collaborazione con i servizi sociali e gli attori locali.

Il sistema ACG, oltre ad essere un avanzato strumento di health management per la popolazione, è uno 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 polifarmacoterapia) che di consumo di risorse. Per questo, rappresenta uno strumento operativo fondamentale per il piano di clinical governance che Regione sta portando avanti, come già richiamato, sia sul fronte delle reti cliniche che dei PDTA integrati. Accanto ad ACG, vi sono infine altri strumenti informativi che supportano l'attività di controllo e monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza descrittiva, basati sui flussi informativi regionali e, a tendere, integrati nel Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale. Si pensi al sistema DOGE per il controllo dell'appropriatezza descrittiva dei MMG o ancora all'introduzione di nuovi sistemi di business intelligence semantici, introdotti sperimentalmente da qualche azienda ULSS (ad esempio a Bassano del Grappa con la QBox) o altri sistemi di interfaccia tra i gestionali della medicina generale e l'azienda.

In generale, il processo seguito dalla Regione Veneto, nella prospettiva del PHM, si caratterizza per la presenza di una struttura di governance regionale forte e centralizzata che è stata in grado di esercitare delle scelte strategiche e di lungo periodo, attraverso un processo decisionale top-down. Questo si evince sia dall'importanza assunta dalla funzione di programmazione e dal rafforzamento tecnico che l'ha supportata attraverso l'introduzione di ACG e la costituzione di un gruppo tecnico dedicato presso un'agenzia regionale. Questo processo top-down, tuttavia, si scontra oggi con le difficoltà di implementazione. Da un lato, in termini di mediazione dei linguaggi e degli strumenti, tale per cui la declinazione di ACG negli strumenti operativi aziendali è ostacolata dalla composizione di logiche distinte – il grouper diagnostico e la reportistica funzionale dei database aziendali. Dall'altro, l'implementazione organizzativa e le scelte operative dettate dall'introduzione delle reti cliniche si scontra con le logiche di leadership preesistenti e l'articolazione della rete di offerta altamente frammentata e disomogenea su base territoriale. La costruzione di nuove aree gestionali per sub-popolazioni target o geografiche dovrà superare questioni di governance locale, sia geopolitiche che di leadership disciplinare e manageriale nella ridefinizione dei processi di governo clinico.

### Toscana

La Regione Toscana ha appena varato la legge di riordino degli assetti istituzionali del SSR ( Lr. 369/2015), che prevede la creazione di tre aree vaste con una popolazione di ca. un milione di abitanti ciascuno, derivanti dall'accorpamento delle attuali 12 ASL. Accanto a questo processo di cambiamento è interessante richiamare in questa sede altre esperienze pregresse iscrivibili nello stesso orizzonte, sia nel riordino delle cure primarie per la gestione delle cronicità, che in altre esperienze di gestione della governance clinica riferibili a logiche di popolazione.

In queste direttrici, tuttavia, lo sviluppo dei sistemi operativi e informativi della Regione risulta meno avanzato nel confronto con le altre regioni, e sostanzialmente gli strumenti attivati mancano, rispetto alla tensione verso logiche di popolazione, di un'iniziativa propulsiva dall'alto, direttamente dai vertici regionali. Lo sviluppo dei sistemi operativi attualmente si basa sui flussi amministrativi regionali, mentre la loro implementazione è incentrata sulla gestione della sanità d'iniziativa territoriale, che rappresenta lo snodo principale di riordino delle cure primarie. La costruzione di una Banca Dati Macro, ad esempio, attraverso i flussi amministrativi regionali, è gestita dall'Agenzia Regionale Sanità (ARS) ed è utilizzata in via prioritaria per stimare la prevalenza delle patologie croniche e il monitoraggio degli indicatori di processo per i percorsi definiti dal Consiglio Regionale Sanità, su quattro patologie che hanno avviato le sperimentazioni della Sanità d'iniziativa - Diabete, scompenso, BPCO, Ictus. La prevalenza stimata consente di definire i tassi di reclutamento per i moduli di sanità d'iniziativa. Il dato, tuttavia, viene anonimizzato, quindi non può essere associato ai registri di patologia (*record linkage*) costruiti nei moduli: questo significa che la banca dati macro è utilizzata solo per le stime di prevalenza e non per il monitoraggio reale della presa in carico degli arruolati o per l'identificazione della casistica.

I registri di patologia, a loro volta, rappresentano lo strumento di arruolamento per i pazienti cronici nei moduli di sanità d'iniziativa e si basano principalmente sui dati clinici registrati dai MMG. I registri vengono poi raccolti a livello di AFT, il cd. registro di AFT, sempre per le quattro patologie croniche per cui esistono dei PDTA promossi dal Consiglio Regionale. A tendere, la cosiddetta Sanità d'iniziativa 2.0 prevede la costruzione del registro per il rischio cardiovascolare, finalizzato al *case finding* dei pazienti ad alto, identificati sempre dalla registrazione dei MMG. In questa prospettiva, è prevista anche l'introduzione di un nuovo strumento di *case finding*, gestito dall'ARS, e finalizzato a identificare e stratificare la popolazione a più alto rischio per complessità delle condizioni di salute e fragilità: l'algoritmo sarà costruito attraverso i flussi amministrativi, includendo ricoveri, accessi in PS, presenza di più condizioni croniche e prescrizioni.

In sintesi, la maggior parte degli strumenti oggi in uso per l'analisi della domanda sono gestiti direttamente dai MMG e a livello delle cure primarie. Scelta

questa che segnala un forte riconoscimento del ruolo della sanità d'iniziativa per la prevenzione attiva della popolazione, ma soprattutto una scelta di campo di prediligere la registrazione primaria del professionista e del dato clinico, rispetto all'utilizzo di dati aggregati e l'integrazione con i flussi amministrativi. I Moduli di sanità rappresentano infatti una associazione di MMG e adottano il Chronic Care Model come modello organizzativo. Ogni modulo è costituito da 5-6 MMG e prevede la presenza del supporto infermieristico e di OSS dell'azienda. I moduli sono organizzati in AFT, il cui completamento è previsto per il 2015, con il raggiungimento di circa 100 AFT, con un bacino di utenza di circa 30.000 persone. Ogni AFT dovrebbe essere costituita da 20-25 MMG e 5-6 medici di continuità assistenziale. Le AFT potranno esercitare anche prestazioni minori. Le UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie) rappresentano invece le sovra-aggregazioni strutturali multi-professionali di cui fanno parte i medici di medicina generale ed i pediatri, afferenti alle AFT, nonché gli operatori del territorio (infermieri, specialisti, amministrativi e personale sociale). Le UCCP attualmente sono 20, mentre la sanità d'iniziativa copre il 60% della popolazione. L'azienda sanitaria esercita la supervisione e il controllo dei moduli attraverso un raccordo diretto con le AFT, che trasmettono all'azienda e all'ARS un registro di attività per la verifica dell'erogato, assolvendo il debito informativo (dati amministrativi). Un ulteriore intervento volto a rafforzare la riorganizzazione delle cure primarie per sottopopolazioni su base geografica è rappresentato dall'incentivo alla costituzione di sedi e processi di raccordo tra le AFT e le aziende, investendo nella formazione dei professionisti del territorio e, nello specifico, dei professionisti che acquisiranno delle funzioni di leadership, come i coordinatori infermieristici e di AFT.

Sempre nell'ambito degli strumenti di programmazione e analisi della domanda, è interessante ricordare che Regione Toscana è l'unica ad essersi dotata di uno strumento basato sulla rilevazione dei livelli di fragilità, intesa come fragilità biologica (adozione di una scala funzionale geriatrica) dell'anziano per migliorarne la presa in carico.

La costituzione della rete oncologica (Istituto Toscano Tumori), infine, rappresenta l'esempio più avanzato di un processo di PHM per sotto-popolazione target, avendo istituito, fin dal 2003, un assetto istituzionale, manageriale e professionale di coordinamento tra le diverse unità di offerta e i professionisti per la gestione dei percorsi oncologici, di tutte le patologie tumorali e a livello regionale, ulteriormente rafforzato dai PDTA, dalle raccomandazioni cliniche e dall'identificazione di snodi organizzativi dedicati – l'accesso alla rete diretto tramite servizi capillarmente dislocati in tutte le aziende regionali. La rete oncologica, a sua volta, si è dotata di strumenti di analisi della domanda (registri delle patologie tumorali), di servizi e enti di governo tecnico e strategico della rete – dall'ufficio di direzione (struttura di governance), al comitato scientifico, fino all'ISPO (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

Tabella 16.1 Panel esperienze regionali riconducibili a logiche di Population Health Management

* STRUMENTO	ANALISI DELLA DOMANDA	MODELLI ORGANIZZATIVI DI PRESA IN CARICO	STRUMENTI OPERATIVI E INFORMATIVI	RUOLO DELLA GOVERNANCE REGIONALE
Profilo di salute della Regione Emilia-Romagna	X		Flussi amministrativi regionali Registri regionali	Elaborazione e diffusione Programmazione
Profili di cura dei Nuclei di Cure Primari e dei PLS	X	Case della Salute	Flussi amministrativi regionali (Rete SOLE) Obiettivi per i Nuclei di Cure Primarie	Programmazione Elaborazione e diffusione Valutazione
Profilo di rischio di ospedalizzazione	X	Case della Salute Ospedale di comunità	Flussi amministrativi regionali (Rete SOLE)	Elaborazione e diffusione Programmazione Monitoraggio e valutazione
Registri aziendali di patologia	X	Case della Salute Ospedale di comunità	Flussi amministrativi regionali e aziendali (Rete SOLE); Database clinici	Controllo/valutazione Programmazione
Letture integrate carta del rischio cardiovascolare	X	Case della Salute	Flusso informativo ad hoc (rete SOLE)	Programmazione Valutazione
PDIA tumore della mammella	X	Percorso di presa in integrato ospedale territorio AUSL Bologna	Flussi amministrativi regionali e aziendali (Rete SOLE);	Programmazione, monitoraggio, erogazione integrata dei servizi e valutazione dei livelli di appropriatezza ed efficacia per i pz- target Approccio di popolazione governato dall'azienda
PDIA percorso nascite	X	Percorso di presa in integrato ospedale territorio AUSL Bologna	Flussi amministrativi regionali e aziendali (Rete SOLE);	Programmazione, monitoraggio, erogazione integrata dei servizi e valutazione dei livelli di appropriatezza ed efficacia per i pz- target Approccio di popolazione governato dall'azienda
Reti integrate ospedale-territorio – Polo Neurologico Integrato	X	Percorso di presa in integrato AUSL – AO Parma in neurologia	Flussi amministrativi regionali e aziendali (Rete SOLE);	Programmazione, monitoraggio, erogazione integrata dei servizi e valutazione dei livelli di appropriatezza ed efficacia per i pz- target Approccio di popolazione governato dall'azienda

Regione Emilia Romagna

Tabella 16.1 (Segue)

* Regione Veneto	STRUMENTO	ANALISI DELLA DOMANDA	MODELLI ORGANIZZATIVI DI PRESA IN CARICO	STRUMENTI OPERATIVI E INFORMATIVI	RUOLO DELLA GOVERNANCE REGIONALE
	Adjusted Clinical Group	X	Sperimentazione pilota in tutte le aziende: case finding dei pz ad alta complessità.	Flussi amministrativi regionali (rete Galleo)	Programmazione Regionale e aziendale Valutazione
	Adjusted Clinical Group	X		Flussi amministrativi regionali (Galleo)	Programmazione Regionale e aziendale Valutazione
	Sistema DOGE			Fascicolo sanitario Regionale che deriva dai flussi amministrativi regionali	Monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG a livello aziendale e regionale
	Medicina integrata di Gruppo		X		
	Centrale operativa territoriale		X		
	Banca Dati Macro	X	Moduli di sanità d'iniziativa	Flussi amministrativi regionali	Programmazione e valutazione
	Registri di patologia	X	Moduli di sanità d'iniziativa	MMG arruolano i pz sulla base dei dati clinici	Valutazione a livello aziendale
	Registri tumori	X	Rete oncologica Toscana - ITT	SDO	Programmazione, pianificazione e monitoraggio a livello regionale e aziendale
	Moduli di sanità d'iniziativa		X		
	Linee guida fragilità	X		Flussi informativi regionali; Questionario postale; Scala di fragilità (biologica);	
	Banca Dati Assistito	X		Flussi informativi regionali e sistema integrato CSR-SISS	Programmazione, pianificazione; finanziamento Monitoraggio e valutazione
	CReG	X	X	Flussi informativi regionali e sistema integrato CSR-SISS	Programmazione, pianificazione; finanziamento Monitoraggio e valutazione
	Cooperative di MMG		X		
	Reti cliniche	X	X	Flussi informativi regionali Dati clinici (i.e. ROL-DOC) Banche dati per patologia	Governance delle reti è condivisa tra il coordinamento professionale (direzione scientifica) e la DG salute.

Tabella 16.2 **Progetti condotti da Agenas dal 2012 per il monitoraggio e rafforzamento dei modelli di assistenza primaria, riconducibili a logiche di Population Health Management**

Progetti per il monitoraggio dell'assistenza primaria
<b>Programma Mattoni-Matrice:</b> integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio dei pz con patologie croniche – flussi amministrativi
<b>Progetto di ricerca corrente: Matrice BPCO:</b> costruzione e validazione di algoritmi di definizione del caso prevalente per l'identificazione di pz con BPCO cronica ostruttiva ed identificazione dei relativi percorsi assistenziali per una completa integrazione nel sistema MATRICE
<b>Progetto Luna:</b> sviluppo e validazione di un set di indicatori per monitorare la long term care degli anziani non autosufficienti.
<b>Progetto CCM 2012:</b> L'impatto dei modelli innovativi implementati a livello regionale per l'assistenza delle persone affette da patologie croniche.
<b>Progetto MEDINA:</b> Qualità ed equità dell'assistenza sanitaria territoriale erogata alle persone affette da malattie croniche: analisi organizzativa e impatto dei modelli proattivi implementati a livello regionale

Fonte: presentazione Agenas, Convegno Roma, 10 Maggio, 2015).

Tabella 16.3 **Attività e strumenti sviluppati dalla Società di Medicina Generale (SIMG) iscritti nelle logiche di PHM**

Sviluppo di una struttura informatizzata permanente ed organizzata a per svolgere attività di ricerca e produzione di informazioni sullo stato di salute della popolazione in carico e dei processi di cura: <b>Health Search-CSD LPD</b> ;
<b>Cartella informatizzata per ogni assistito</b> realizzata attraverso il software Millewin e il più recente sviluppo di un <b>sistema gestionale informatizzato per l'attività clinica e gestionale del MMG, MilleGPG</b> – cruscotto di indicatori di attività e benchmarking, alimentato dalla letteratura e attraverso dati dei professionisti nel network
<p><b>Health Search Morbidity (HSM) index</b> è stato costruito tenendo in conto alcune di queste variabili, oltre alla condizione clinica, a partire anzitutto dalla caratterizzazione della Regione di appartenenza (contesto locale, variabile presente anche nell'indice deprivazione standard, Istat). Ogni paziente è stato tipizzato in relazione a due distinti livelli gerarchici di variabili indipendenti rispetto al modello di regressione lineare multilivello adottato che ha utilizzato come variabili dipendente la spesa media pro-capite per pz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il livello (paziente): (1) caratteristiche demografiche (età, sesso, provincia di residenza); (2) presenza di eventi acuti (almeno uno nel corso dei tre anni considerati) e patologie croniche</li> <li>• Il livello (provincia di residenza del MMG aggregata su base regionale): (1) numero medio di ricoveri per 1.000 abitanti; (2) numero medio di ospedali per 100.000 abitanti.</li> </ul> <p>L'indicatore è stato utilizzato anche per comparare il livello di spesa per pz tra i MMG. La spesa attribuita ad ogni paziente è stata aggiustata sia per l'HSM-index sia per l'intensità di presa in carico (numero di indicatori a target per patologia)</p>

## 16.6 Discussione delle esperienze: risultati del panel di esperti

### 16.6.1 Confrontare le esperienze nazionali

L'analisi delle esperienze nazionali è stata condotta considerando le tre dimensioni riconosciute dalla Population Health Alliance (2014) come centrali nello sviluppo di modelli di PHM. Le tabelle proposte nel paragrafo precedente evidenziano ricchezza e eterogeneità di approccio e, per agevolare la discussione delle evidenze emerse, si propone il modello introdotto dalla International Foundation for Integrated Care (Valentijn et al, 2013) per definire i sistemi integrati di cure (fig. 16.1). La scelta di tale framework ha le seguenti ragioni: a) valorizza le cure primarie come luogo elettivo della presa in carico e riconosce al MMG un ruolo assiale; b) sposa la prospettiva di popolazione come elemento di base e fine ultimo del processo di integrazione – i modelli di presa in carico devono tagliarsi sui fabbisogni specifici di sottopopolazione e devono essere misurati rispetto al soddisfacimento dell'intero paniere di bisogni; c) adotta una prospettiva multilivello che tocca quello macro (tipico dei soggetti che esprimono la titolarità della funzione o hanno la responsabilità sulle performance dei servizi), intercetta quello meso al quale partecipano le aziende sanitarie e individua anche la prospettiva micro del singolo professionista nella relazione di cura con il malato.

Figura 16.1 **Sistema integrato di cure: dimensioni, approcci e livelli di governance**



Fonte: Morando, Longo (2014)

A livello metodologico, il modello propone una visione sistemica e concentrica delle forme di integrazione che si esprimono su più piani complementari:

- ▶ Lungo le *direttrici orizzontali* si dispiegano gli approcci e gli strumenti che partendo da logiche di popolazione consentono di elaborare forme di presa in carico individuale. Si tratta di logiche non più individuali e autoreferenziali (elaborate e definite dal singolo professionista sulla base delle conoscenze e esperienze personali) ma condivise all'interno del sistema di cura ampio sia sul piano professionale sia su quello funzionale e operativo, come si dirà in seguito.
- ▶ La *direttrice verticale* evidenzia i legami di coerenza tra le risposte formulate per il singolo paziente, gli approcci clinici dei professionisti che il paziente ha incontrato e incontrerà in seguito, i modelli di organizzazione dei diversi luoghi di cura fino a toccare le scelte più ampie del sistema. Tali livelli tagliano la filiera istituzionale coinvolgendo il livello micro, quello meso e quello macro;
- ▶ L'integrazione sul piano clinico, professionale, organizzativo e di sistema consentono di costruire approcci di popolazione capaci di rispondere alle istanze individuali attraverso strumenti definiti “funzionali” e altri denominati “normativi” che si dispiegano lungo le *direttrici diagonali* del modello: i primi sono assimilabili a tutti i meccanismi operativi d'azienda che consentono ai sistemi di connettere informazioni e obiettivi (in primis, quello informativo che dovrebbe aggregare le informazioni sul singolo caso fino a ricostruire il patrimonio complessivo di popolazione); gli strumenti normativi definiscono ex ante decisioni e comportamenti attesi (in questa prospettiva i PDTA rappresentano strumenti che identificano gli standard attesi sia sul piano clinico sia su quello organizzativo).

Si delinea quindi uno spazio tridimensionale in cui progettare sistemi integrati di cure attraverso logiche di popolazione, in cui nessun elemento può prescindere dall'altro, ma tutti insieme concorrono all'integrazione del sistema, che fa perno sulla presa in carico del singolo caso. A livello di contenuti, infatti, il modello si fonda su una visione estensiva di cure integrate che trova il suo ancoraggio nella definizione di cure primarie della Dichiarazione di Alma Ata del 1978, che si distingueva per la centralità della presa in carico e la continuità tra cure primarie e logiche di salute pubbliche. La sommatoria di questi due modelli supporta due intuizioni di fondo per identificare le esperienze riconducibili a logiche di PHM. In primo luogo, dal punto di vista metodologico, i nuovi approcci di popolazione indirizzano i sistemi a programinarsi affinché siano “percorribili” ma anche “esigibili”, nella logica del triplice fine. In secondo luogo, dal punto di vista dell'implementazione, emerge come l'orientamento al PHM derivi dallo sviluppo della seconda generazione degli strumenti di *clinical governance*, dai PDTA “integrati” in reti di patologia, dalle raccomandazioni cliniche, fino all'introduzione di strumenti di programmazione e analisi della domanda, strumenti

informativi di monitoraggio e strumenti operativi per innovare i modelli di finanziamento e incentivare il cambiamento organizzativo.

### 16.6.2 Dinamiche evolutive in corso

Come già anticipato, l'analisi delle esperienze nazionali ci restituisce un quadro rassicurante per via della effervescenza dei fenomeni in corso nelle quattro regioni considerate. Si propone una lettura d'insieme dei movimenti complessivi che si osservano nella prospettiva del PHM:

- ▶ le forme di integrazione normativa hanno rappresentato il *primum movens* delle più generali logiche di governo clinico. In tutte le esperienze si osserva una tradizione regionale sugli approcci di governo clinico e, per conseguenza, nella definizione di PDTA, raccomandazioni o linee guida. È interessante il movimento antitetico che si osserva tra le due Regioni che si distinguono lungo la direttrice diagonale del modello di Valentini: sul piano dell'integrazione normativa, il Veneto sta completando una serie di PDTA attraverso gruppi di lavori di professionisti promossi dalla Regione, mentre l'Emilia Romagna manifesta una grande esperienza nel formulare indicazioni normative di comportamento clinico e assistenziale a partire dai profili di Nucleo delle Cure Primarie. In questo momento la tensione normativa sta toccando anche l'apice del sistema attraverso la formulazione di PDTA regionali<sup>5</sup>. Si tratta di opzioni di intervento antitetiche che però sono chiamate ad affrontare i medesimi nodi critici con tempi e modalità differenti: si pensi al tema della misurazione dell'aderenza ai PDTA o della valutazione complessiva della qualità della cura o della terapia. Avviare questa attività dal "centro" piuttosto che dalla "periferia" del sistema ha risvolti di complessità diversi. Si ricorda, inoltre, che i prodromi del CReG si rintracciano non solo nella BDA, che rappresenta un importante strumento di integrazione funzionale a livello di sistema, ma anche nei PDT per le principali condizioni croniche che sono stati al centro degli AIR per la medicina generale per avviare progettualità sul governo clinico. PDTA e raccomandazioni di comportamento clinico sono tra i principali obiettivi che vengono affidati ai nodi di offerta delle reti cliniche: in tutte le quattro regioni vi sono modelli in alcuni casi evoluti e in altri emergenti di rete clinica (si pensi a quella oncologica) che intervengono su strumenti normativi capaci di produrre forme di allineamento professionale in contesti territoriali ampi in cui la relazione tra professionisti è scarsa.

<sup>5</sup> Si pensi alla definizione del PDTA per le persone affette da sclerosi multipla dell'agosto 2015 (DGR n. 1134 del 3/08/2015 *Documento per l'indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata alla persona con sclerosi multipla in Regione Emilia Romagna*)

- ▶ Un processo in fieri sul piano dell'integrazione verticale. È evidente che si tratta del traguardo finale per un vero sistema integrato di cure: le relazioni di coerenza tra quello che accade a livello micro nella relazione medico-paziente, il sistema generale delle pratiche e delle convinzioni delle comunità professionali, i modelli di organizzazione di strutture di offerta ed equipe e, infine, le politiche disegnate *ad hoc* per classi di bisogno (ad esempio, le cronicità piuttosto che gli anziani) o condizioni di salute (ad esempio, i pazienti diabetici piuttosto che oncologici) sono di difficile realizzazione e manutenzione. I processi di riforma che stanno attraversando la gran parte delle Regioni considerate, stanno mettendo in discussione il ruolo e i contenuti delle aziende sanitarie e ridisegnando le relazioni all'interno della filiera istituzionale. La discussione all'interno del panel di esperti ha infatti più volte evidenziato l'instabilità del quadro complessivo regionale segnalando, però, che le iniziative condotte all'insegna del PHM sono "punti di arrivo" dai quali non si potrà prescindere in futuro.
- ▶ Sul piano dell'integrazione funzionale si osserva una grande debolezza. Ciò deriva dalle difficoltà di creare un sistema di interscambio tra il livello meso e quello macro: il modello di Valentijn sottolinea la necessità che l'allineamento tra tali livelli istituzionali sia costruito anche sul piano dei sistemi operativi. Si osservano due fenomeni degni di nota: la grande rilevanza del livello macro nel promuovere e attivare non solo quadri di riferimento per l'operato d'azienda ma anche sistemi di valutazione degli accadimenti aziendali rispetto a specifiche coorti di popolazione. Tutte le esperienze evidenziano una centralità di livello macro ma si distanziano per il fatto di utilizzare o meno le logiche di popolazione a livello aziendale. Si segnala il caso della Toscana che ha avviato azioni di valutazione e monitoraggio del CCM grazie all'ARS che legge anche fenomeni riguardanti le singole condizioni di salute e triangola la relazione tra aziende sanitarie e Regione. Inoltre si associano gli interventi di misurazione delle performance delle aziende attraverso il progetto Bersaglio (Sistema di Valutazione e Valorizzazione della Performance delle Aziende Sanitarie Toscane- istituito nel 2011 con decreto n. 7425 del 18/12). Le Regioni Emilia Romagna e Lombardia sono attualmente impegnate nell'utilizzo degli approcci di popolazione a livello aziendale. La prima in modo routinario, grazie al sistema SOLE che consente di intercettare i consumi di prestazione delle coorti residenti nelle ASL all'interno e all'esterno del perimetro regionale grazie alla grande integrazione tra i flussi di produzione, La seconda attraverso la sperimentazione del CReG. Ciò consente non solo a livello macro ma anche a livello aziendale, quindi meso, di adottare approcci di popolazione che attivano modelli di presa in carico integrati sul piano organizzativo e in parte sul piano professionale<sup>6</sup>. In Lombardia inoltre la verifica delle condizio-

<sup>6</sup> La ricerca condotta dal Cergas Bocconi per Fiaso Pdta standard per le patologie croniche (Tozzi

ni di presa in carico sono gestite anche attraverso strumenti di certificazione della qualità quali quelli di Joint Commission International per la valutazione della qualità e della sicurezza delle cure. Questa seconda strada richiede l'attivazione di ulteriori flussi di informazione tra Regione e aziende sanitarie e in seno alle singole aziende per alimentare modelli di valutazione e forme di feedback tra centro e periferia del sistema e per indurre processi di miglioramento incrementali nelle aziende sanitarie. Il Veneto sta sperimentando l'ACG anche sul piano aziendale: ciò consente di utilizzare questo approccio non solo per le policy di settore ma anche per il livello manageriale.

- ▶ Sono in sperimentazione approcci di popolazione evoluti. Le esperienze lombarde e venete rappresentano delle punte di diamante in questa direzione: il sistema EPA, che attinge dalla BDA, e l'ACG rappresentano dei modelli interessanti di stratificazione della popolazione residente attraverso i modelli di consumo di prestazione agiti e profili di rischio. La tensione che sta alimentando i processi di riforma in entrambe le Regioni è in parte collegata alla necessità di passare dal piano delle politiche a quello della gestione. Infatti lo sforzo in essere è quello di fare in modo che, rispetto a sotto insiemi di popolazione identificati individualmente, si attivino pratiche e approcci di presa in carico (integrazione clinica), scelte (integrazione professionali) e modelli di servizio (integrazione organizzativa) che traducano il piano dei desiderata regionali in esperienza per il singolo cittadino. La Regione Veneto, come si è detto, sta allargando il numero delle ULSS sperimentatrici, mentre la Lombardia potrebbe estendere il modello CReG non solo tra ASL ma anche a classi di condizioni di salute più complesse.
- ▶ La centralità delle politiche per la cronicità, alla base dei progetti di PHM e delle forme di integrazione dell'assistenza specialistica attraverso le reti cliniche. I sistemi regionali considerati si caratterizzano per tre elementi: in primo luogo hanno vissuto, almeno fino al recente passato, quadri stabili di organizzazione della rete di offerta sia ospedaliera sia territoriale in ragione di una continuità delle politiche sulla salute. Sono, però, attualmente inserite in processi di trasformazione degli assetti istituzionali che stanno virando verso aziende territoriali di dimensioni sempre più grandi. Si tratta di fenomeni di integrazione che forse trovano nell'identificazione di sottocorti e popolazioni omogenee per varie caratteristiche l'elemento introno al quale costruire il dialogo tra professionisti, responsabili delle strutture organizzative e direzioni di azienda. Un secondo elemento è rappresentato dal fatto che tutte le Regioni hanno sviluppato politiche esplicite per la gestione delle condizioni croniche. In questo solco, dai primi carotaggi fino alle esperienze più sofisticate emerge la necessità di ripro-

---

et al, 2014) ha evidenziale la relativa uniformità nella gestione di alcune prestazioni centrali dei modelli di presa in carico per le seguenti patologie: BPCO, Scompenso, Ictus, Tumore polmonare, Artrite reumatoide.

gettare i modelli di presa in carico in ragione di variabili quali la polipatologia, l'età e la fragilità socio ambientale, ad esempio. In ultima istanza, la riformulazione della presa in carico per le patologie non croniche è passato attraverso progetti di rete clinica che hanno legato livelli istituzionali diversi intorno al medesimo obiettivo: professionisti, direttori delle aziende sanitarie, referenti regionali e associazione pazienti. Si ricorda che si sta parlando delle Regioni che hanno organizzato a rete i servizi per l'oncologia, l'ematologia, ecc.

- ▶ Stratificare sulla medicina generale servizi per promuovere forme di *transitional* o *intermediate care*. Al di là degli approcci più sbilanciati sul ruolo delle aziende sanitarie (bottom-up) o della Regione (top-down) si osserva un orientamento omogeneo nella gestione dell'associazionismo medico: le forme di aggregazione dei MMG divengono elementi assiali dei progetti di PHM quando si integrano con altre professionisti della salute (in primis, gli infermieri e poi con gli specialisti), si coordinano con gli operatori socio sanitari e con i servizi degli enti locali, sviluppano forme di concentrazione fisica dei servizi, gestiscono l'agenda del paziente grazie a specifici supporti segretariali e tecnologici. In questo modo, si realizzano nodi della rete di offerta che manifestano una duplice funzione: virano forme intermedie di cura e fungono da polo di orientamento dei percorsi del malato attraverso (*transitional care*). Per declinare al meglio i diversi orientamenti (cure intermedie vs cure di transizione) vengono progettati i livelli di complessità che queste nuove aggregazioni assumono (ad esempio, le Case della salute su tre livelli o le diverse forme di organizzazione dei moduli toscani).

La figura 16.2 rappresenta in forma schematica i principali passaggi elaborati nel paragrafo enfatizzando alcuni degli elementi delle progettualità regionali. Si tratta di una rappresentazione non esaustiva e che semplifica la tridimensionalità delle direttrici di interpretazione del modello. Vengono quindi rappresentati alcuni fenomeni regionali ritenuti emblematici.

## 16.7 Osservazioni conclusive e prospettiva

Il D.Lgs 502/92 ha promosso l'adozione di logiche e strumenti di management con lo scopo di armonizzare i comportamenti delle persone con i fini complessivi delle neonate aziende sanitarie. In questa prospettiva, sono stati definiti modelli di organizzazione del lavoro nuovi (dai distretti socio sanitari alla più recente organizzazione per intensità delle cure), strumenti operativi capaci di collezionare informazioni a seconda delle decisioni tipiche di ciascun ruolo organizzativo, di orientare i comportamenti di gruppi di persone che cooperano all'interno delle diverse partizioni aziendali (dalle unità operative alle aggregazioni di medici di medicina generale – MMG) verso obiettivi aziendali attesi. Il

Figura 16.2 **Modelli integrati di cure: alcuni posizionamenti caratteristici delle esperienze regionali**



dibattito sul governo clinico ha catalizzato l'attenzione intorno alla necessità che razionalità professionali e razionalità manageriali si avvicinino per linguaggio e contenuti: infatti, sebbene entrambe concorrano al perseguimento degli obiettivi di tutela della salute, la prima si caratterizza per una lettura discreta dei bisogni (il professionista si interfaccia con i singoli malati) mentre la seconda legge dimensioni complessive. Gli ultimi dieci anni hanno visto uno sforzo costante nel colmare questo iato, grazie allo sviluppo di progettualità relative ai PDTA, alle forme di valutazione della qualità (in alcune determinate accezioni), alla formazione su raccomandazioni e evidenze scientifiche. Tali sforzi sono stati tanto più efficaci quanto più si sono sviluppati all'interno dei perimetri di azione delle aziende, utilizzando gli strumenti del management (flussi informativi, reportistica, obiettivi di budget, ecc.). Fuori da questi perimetri, si è trattato di tentativi di armonizzare gli approcci tra professionisti e loro ambiti disciplinari (non sempre in grande dialogo), ma certo non hanno contribuito ai processi di sintesi che le logiche aziendali propongono rispetto alle risposte di salute delle comunità di riferimento, all'allocazione efficiente delle risorse e all'equità delle cure. Le esperienze descritte in questo capitolo evidenziano il tentativo dei sistemi regionali di promuovere in modo esteso queste operazioni di armonizzazione: la prima forma di dialogo importante tra aziende e professionisti è quella di identificare chi è il paziente e come si colloca la sua storia all'interno della coorte di soggetti portatori della stessa condizione di salute attraverso codici linguistici e rappresentativi che li accomunano (i flussi della produzione aziendale).

La prospettiva di popolazione che il PHM individua nella sua versione più estesa sostiene uno dei cambiamenti in atto in modo ancora sotterraneo: i modelli di organizzazione del lavoro multidisciplinari. La divaricazione tra discipline mediche e luoghi della cura a esse dedicate che ispira molti ospedali sta alimentando le esperienze di multidisciplinarietà. In questa direzione, si muovono anche le reti cliniche (da quelle di area specialistica fino a quelle per le malattie rare) e le emergenti unità di patologia che tentano lo sforzo di concentrare fisicamente un buon numero di saperi e competenze eterogenee all'interno di unità operative dedicate a specifiche condizioni di salute (ad es., in questo momento vi è grande interesse sulle *breast unit*). Il lavoro integrato tra persone con profili professionali differenti deve fare perno su sistemi di informazione condivisi: così come le basi disciplinari hanno sempre orientato le equipe mono professionali 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 ad essa sovrapponibile e le strategie diagnostiche e terapeutiche non sono decise dal singolo medico ma da team eterogenei per background. L'attività multidisciplinare, 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 che in passato faceva il singolo professionista dal piano delle conoscenze astratte sulla patologia alla gestione del singolo caso, non sia più una operazione individuale e autoreferenziale, ma aumenti i margini di sicurezza e qualità attraverso il confronto interprofessionale e interdisciplinare.

Altro tema che tange direttamente quello del PHM è quello delle forme di *bundled payment*. Il modello CReG appare di grande interesse in questa direzione, ma occorre ricordare che le tariffe che propone non coprono il mero costo speciale della patologia. Le forme di finanziamento di patologia devono, infatti, evitare l'innescarsi di fenomeni di selezione avversa dovuti al fatto che: a) la capienza della tariffa risulti insufficiente per la casistica a maggiore complessità; b) manchino meccanismi che obblighino alla erogazione di quelle prestazioni indispensabili per la diagnosi e la terapia appropriate; c) si scarichino del tutto i costi del processo di cambiamento sugli attori coinvolti. I sistemi tariffari per patologia, infatti, si proteggono da queste situazioni grazie all'analisi di sequenze storiche anche molto importanti di consumi complessivi delle coorti di pazienti affette dalla medesima situazione di salute. Inoltre, soprattutto alla luce di alcune esperienze internazionali, il nuovo sistema di finanziamento deve evitare forme ingiustificate di variabilità delle risposte costruendo dei Livelli Essenziali di Assistenza di PDTA. Si tratta di servizi o prestazioni ineludibili per la corretta diagnosi, terapia o anche il monitoraggio del malato. La grande sfida per queste nuove traiettorie di finanziamento è quella di superare le cronicità tradizionali, per le quali si è trasferita la responsabilità del caso al MMG, e di allargarsi fino a

quelle complesse che prevedono la presa in carico specialistica e una grande integrazione con la filiera dei servizi sociali e socio sanitari.

Le esperienze analizzate fanno emergere un ruolo progressivamente crescente del paziente nelle fasi di progettazione e di misurazione delle performance delle strutture e de PDTA. Si tratta di un fenomeno, noto e dichiarato sul piano teorico, ma spesso poco praticato per una serie di questioni. Tra le più diffuse, non per forza le più cogenti, vi è la necessità di trovare soggetti che rappresentino con una buona base di legittimazione il punto di vista del principale portatore di interesse del SSN. In molti casi, sono state associazioni pazienti a rappresentare questo ruolo bilanciandosi tra due fenomeni antitetici: l'ampia base di rappresentanza che sfuma necessariamente la forza delle questioni poste dai sottogruppi interni e, di contro, la "specializzazione" della rappresentanza che elabora questioni molto puntuali ma che rischiano di cogliere interessi di soggetti numericamente ridotti. Le forme di empowerment del paziente e la diffusa cultura digitale stanno inoltre spingendo molti sistemi (regionali e aziendali) a elaborare forme di dialogo dirette con il cittadino: si pensi alle forme di consultazione popolare con approcci di e democracy o alla realizzazione di Urp che viaggiano su piattaforme web based.

A parere di chi scrive lo scenario che si sta profilando sarà costellato di:

- ▶ *approcci e strumenti di governo clinico di seconda generazione.* In questa direzione sembra oramai acquisita l'accezione economico aziendale del PDTA che promuove da un lato, forme di analisi quantitativa della popolazione in carico e dei relativi modelli di consumo delle prestazioni e, dall'altro, ancora alle logiche e agli strumenti aziendali la sua implementazione e il suo monitoraggio;
- ▶ *modelli multidisciplinari a geometria variabile con il grande supporto delle tecnologia,* non solo per lo scambio dei campi di informazione ma anche per il confronto tra professionisti. Come estendere questi modelli alle professionalità che operano al di fuori dei confini dell'ospedale e della azienda sanitaria sarà l'ostacolo da superare. Inoltre questa prospettiva apre il fianco al ripensamento su quali siano le competenze di management dei professionisti: forse non più quelle che erano relative alla vita delle singole unità operative ma quelle che possono sostenere le decisioni allargate (multidisciplinari) e la loro applicazione all'interno della rete di offerta;
- ▶ *forme di finanziamento di patologia che oltre a estendersi a di là della casistica cronica realizzino misurazione degli outcome e non solo dei processi.* Questo traguardo è drammaticamente collegato alla possibilità di condividere non solo informazioni sul fatto che il paziente abbia fatto o meno una certa prestazione ma di poter leggerne la refertazione attraverso sistemi di *content analysis*;
- ▶ *fenomeni di empowerment dell'utenza* che diviene il soggetto principale sul

quale triangolare forme estese di valutazione delle performance dei servizi, attraverso sistemi di dialogo tra azienda e utenza web based.

Le esperienze esplorate all'interno di questo contributo segnano il passo in questa direzione. Nei prossimi anni, soprattutto sul piano aziendale, possiamo aspettarci di intercettare lo sviluppo di quei fenomeni esordienti che stanno trasformando i contenuti degli accadimenti aziendali e dei nuovi approcci di management.

## Bibliografia

- Alderwick, H, Ham, C., Buck, D. (2015), *Population Health Systems. Going Beyond Integrated Care*. London: The King's Fund.
- Berwick, D., Nolan, T., Whittington, J. (2008), The triple aim: care, health and cost. *Health Affairs*, 27: 759-69.
- Berwick, DM (2009), What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Affairs*, 28(4): 555-565.
- Christensen, C., Grossman, J., Hwang, J. (2009) *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*, New York: McGraw-Hill.
- Carbone C., Lecci F., Prenestini A., Rotolo A. (2013), Il cruscotto direzionale multidimensionale di valutazione delle performance: aree, dimensioni e indicatori, in AA.VV., *La valutazione delle performance per il governo strategico delle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Milano, EGEA.
- Cusak et al. (2010), Practice-Based Population Health. Information Technology to Support Transformation to Proactive Primary Care. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ Publication No. 10-0092-EF - July 2010.
- Dobrzykowski, D., Deilami, V. S., Hong, P., & Kim, S. C. (2014), A structured analysis of operations and supply chain management research in healthcare (1982-2011). *International Journal of Production Economics*, 147, 514-530.
- Devore, S, Champion., R (2011), Driving population health through accountable care organizations. *Health Affairs*, Jan;30 (1):41-50.
- Fasola G., Rizzato S., Merlo V., Aita M., Ceschia T., Giacomuzzi F., Lugatti E., Meduri S., Morelli A., Rocco M., Tozzi V. (2012), Adopting Integrated Care Pathways in Non-Small Cell Lung Cancer: from theory to practice, *J Thorac Oncol*, 7 (8), 1283-90.
- Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. (2012), The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med* (172):405-411.
- Geist, M. (2010), Using the Delphi method to engage stakeholders: A comparison of two studies, *Evaluation and Program Planning* (33): 147-154

- Kim, J. Y., Farmer, P., & Porter, M. E. (2013), Redefining global health-care delivery. *The Lancet*, 382(9897): 1060-1069.
- Kindig, D.A. (2007), Understanding Population Health Terminology, *The Millbank Quarterly*, 85(3): 139-61.
- Institute of Medicine (2012), *Integrating Primary Care and Public Health*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Institute for Health Technology Transformation IHT (2014), *Population Health Management. A Roadmap for Provider-Based Automation in a New Era of Healthcare*.
- Landeta, J. (2006), Current validity of the Delphi method in social sciences Technological, *Forecasting & Social Change* (73): 467-482
- Langabeer II, J. R., Nagtalon-Ramos, J., Msn, C., & Helton, J. (2015), *Health care operations management*, Jones & Bartlett Publishers.
- Lecci F., Rotolo A., Tantardini M. (2013), Performance management: letteratura di riferimento ed esperienze internazionali e nazionali, in AA.VV., *La valutazione delle performance per il governo strategico delle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Milano, EGEA.
- Manary M. P., et al (2013), The Patient Experience and Health Outcomes, *N Engl J Med* 2013; 368:201-203.
- May, J. (2012), Outcomes Evaluation: Care Continuum Alliance Research to Establish Guidance on Population Health Management in Provider-Driven Models, *Population Health Management*, 15(3): 186-187.
- Massei A. (1992), *Interesse pubblico e responsabilità sociale: regolatori del comportamento aziendale*, Egea.
- McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & van Kasteren, Y. (2012), Health care customer value cocreation practice styles, *Journal of Service Research*, 1094670512442806.
- Morando, V. (2015) L'utilizzo dei dati nella presa in carico dei pazienti cronici: prospettive di population health management, in Tozzi et al. (2015) *Osservatorio sui modelli di presa in carico per i pazienti con BPCO: prospettive di Population health management*, Milano, Egea.
- Pacileo, G, Tozzi, V., (2015), Modelli di organizzazione a rete per cronicità ad alta complessità, in AA.VV. (2015) *Multiple Sclerosis Management Lab. Annuario*, Milano, Egea.
- Population Health Alliance (PHA) (2014), *Implementation and evaluation: a population health guide for primary care models*, Washington, Population Health Alliance.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2005), *Redefining healthcare*, Harvard Business School.
- Porter, M. E. (2010), What is value in health care?, *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Raghupathi, W. and Raghupathi, V. (2014) *Big data analytics in healthcare:*

- promise and Potential Health Information Science and Systems*, (2)3.
- Valentijn *et al.* (2013), Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal for integrated care*, 13(22).
- Tozzi, V. *et al.* (2014), *PDTA standard per le patologie croniche*, Milano, Egea.
- Tozzi, V. *et al.* (2015), *Population health management: Il caso della broncopneumopatia cronica costruttiva (BPCO)*, Milano, Egea.
- Whittington, Nolan, Lewis, Torres (2015), Pursuing the Triple Aim: The first 7 years, *The Milban Quarterly*, 94 (2): 263-300.