

Le basi dell'approccio sistemico al DM 77 e all'integrazione territorio-ospedale: dalla pianificazione strategica all'attuazione operativa

Giuseppe Noto, Antonino Noto, Elio Borgonovi*

Gli autori, di estrazione clinica e organizzativo-manageriale, delineano i pilastri fondamentali dell'approccio sistemico alla pianificazione strategica del PNRR e del DM 77 secondo la prospettiva dei nuovi scenari di integrazione territorio-ospedale. Un approccio, quindi, che si fonda sulla valorizzazione delle competenze multiple esistenti nelle organizzazioni e sulla co-costruzione di *mappe di analisi e di programmazione* basate su *modelli sistemici di gestione delle patologie*, contribuendo, così, a superare le visioni autoreferenziali.

In armonia con tale premessa, gli autori *tratteggiano le caratteristiche* di applicazione dell'approccio sistemico tipico del *disease management*, utilizzando l'Epatopatia Cronica come esemplificazione del potenziale disegno attuativo e partendo dai seguenti interrogativi di fondo:

- come costruire un processo di pianificazione strategica PNRR-DM 77 secondo una "visione sistemica" clinica e manageriale?

* Giuseppe Noto, medico esperto di sistemi organizzativi e clinical governance, con esperienze di direzione a livello regionale, aziendale e distrettuale, Palermo.

Antonino Noto, Specialista in Geriatria, Reparto di Medicina "Murri", Policlinico Universitario di Bari.

Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.

- come transitare dalla strategia ipotizzata alla strategia attuata e tradurre le priorità e gli obiettivi in prassi condivise?
- quale potenziale riorganizzazione dell'assistenza territoriale a partire dalle nuove formule organizzative (AFT e UCCP) indicate dal DM 77 e dagli Accordi con i convenzionati?
- quale potenziale articolazione del futuro sistema integrato, intraterritoriale e territorio-ospedale, e del nuovo distretto sanitario?

Parole chiave: complessità, approccio sistemico, intelligenze collettive e connettive, *disease management*, modelli reali di gestione delle patologie, *PDTA-lean*.

The basics of the systemic approach to DM 77 and territory-hospital integration: From strategic planning to operational implementation

The authors, from different clinical and organizational-managerial backgrounds, outline the fundamental pillars of the systemic approach to strategic planning of the PNRR and DM 77 from the perspective of the new scenarios of Territory-Hospital Integration. An

S O M M A R I O

1. Premessa e rationale
2. Come costruire un processo di pianificazione strategica secondo una visione sistemica clinica e manageriale
3. Quale potenziale riorganizzazione dell'assistenza territoriale a partire dalle nuove formule organizzative (AFT e UCCP) indicate dalla L. n. 189/2012, dal DM 77 e dagli accordi con i convenzionati?
4. Conclusioni: il raccordo AFT-UCCP nel sistema integrato intraterritoriale e territorio-ospedale e il ruolo del nuovo distretto sanitario

approach, therefore, that is based on the enhancement of multiple competencies existing in organizations and the co-construction of analysis and planning maps based on systemic models of “Disease Management”, thus helping to overcome self-referential visions

In keeping with this premise, the authors outline the characteristics of applying the systemic approach typical of “Disease Management”, using Chronic Liver Disease as an exemplification of the potential implementation design and starting from the following basic questions:

- how to build a PNRR-DM 77 strategic planning process according to a systemic (clinical and managerial) view?
- how to transition from hypothesized strategy to implemented strategy and translate priorities and goals into shared practice?
- what potential reorganization of territorial care starting from the new organizational formulas (AFT and UCCP) indicated by DM 77 and the Contractual Agreements with contracted providers?
- what potential articulation of the future integrated, intra-territorial and territory-hospital system and the new health district?

Keywords: complexity, systemic approach, collective and connective intelligences, disease management, real-world models of disease management, Care-Pathways based on the principles of lean management.

Articolo sottomesso: 14/01/2023, accettato: 20/04/2023

1. Premessa e razionale

Ogni individuo umano [...] costruisce le sue conoscenze secondo abitudini personali e ogni sistema culturale o scientifico favorisce certe abitudini epistemologiche [...]

Warren McCulloch soleva dire che chi pretende di avere una conoscenza diretta, cioè di non avere un'epistemologia, ha in realtà una cattiva epistemologia [...].

La maggior parte delle epistemologie locali, personali e culturali sbagliano di continuo, ahimé, perché confondono la mappa con il territorio [...].

Gregory e M. Catherine Bateson (1989, p. 40)

Gli autori, in base alle loro diverse aree di estrazione professionale, propongono spunti di riflessione e mappe logico-concettuali e metodologiche sul valore della *contaminazione* tra punti di vista e saperi diversi (clinico, organizzativo, manageriale), *contaminazione* che ritengono indispensabile per la sfida innovativa che il PNRR e il DM 77 propongono al SSN e ai professionisti.

Si tratta, infatti, di una *sfida complessa e globale*, che implica, come presupposto, una nuova *visione di sistema*, un riorientamento e un'integrazione delle culture e delle prassi dei professionisti che operano nell'organizzazione e l'utilizzo di nuovi metodi e strumenti di governance, sia manageriale, sia clinica. Un tale livello di complessità innovativa ha bisogno di accompagnarsi all'utilizzo di strumenti operativi, anch'essi sistemici, in grado, cioè, di tradurre gli scenari ipotetici in scenari reali, strettamente aderenti alle caratteristiche peculiari dei diversi contesti. L'articolo si prefigge, quindi, di analizzare i *pilastri portanti* di un disegno strategico, organizzativo, clinico e gestionale di pianificazione sulle aree

portanti del PNRR e del DM 77, senza i quali si corre il rischio del prevalere di logiche di mero adempimento, cioè di attenzione più ai *contenitori* e ai formalismi che ai *contenuti*, e di un utilizzo debole dei potenziali di innovazione profonda di tali norme. Ci si concentrerà, con particolare attenzione, sul *core* del disegno di governance prospettato da dette norme, e cioè sulle reti di Cure Primarie integrate – anche in armonia con i Nuovi Accordi Nazionali delle componenti territoriali convenzionate – con l’Ospedale, con le strutture e i servizi intermedi, con il Sociale, e si darà particolare attenzione ai piani di funzionamento operativo delle reti.

2. Come costruire un processo di pianificazione strategica secondo una visione sistemica clinica e manageriale

Per assumere, come citato in premessa, una *vision di sistema* e per superare le visioni parziali e autoreferenziali dei servizi e dei professionisti, appare necessario:

- delineare un disegno di governance che individui i diversi livelli di responsabilità nella pianificazione strategica, nella programmazione e nell’attuazione dei piani operativi indicati dal DM 77;
- utilizzare un metodo analitico sistemico, che, attraverso *modelli reali di gestione delle patologie*, sia la base per pianificare i disegni organizzativi di rete e per definire concretamente il funzionamento dei servizi, le competenze-responsabilità dei diversi attori e i loro contributi sui risultati;
- individuare strumenti analitici e operativi in grado di agire efficacemente nella complessità delle pro-

blematiche della salute-malattia dell’agire sanitario.

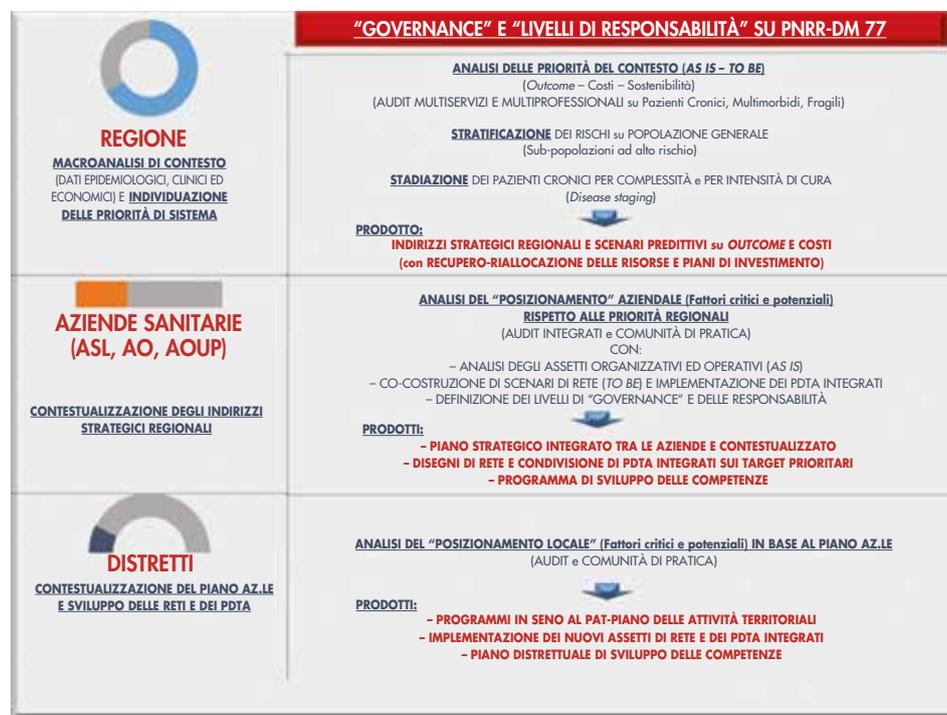
2.1. Definire e gestire i livelli di governance nel sistema

La Fig. 1 delinea sommariamente i diversi livelli di responsabilità del sistema.

Il *livello regionale* è preposto a definire gli indirizzi strategici, individuando, attraverso un processo di analisi di *dati contestualizzati*, le principali priorità per il sistema (*in primis* nell’area delle cronicità e delle fragilità), utilizzando processi di stratificazione della popolazione e delle sub-popolazioni ad alto rischio, oltre alla stadiazione dei pazienti già diagnosticati. È opportuno che l’analisi dei dati vada strutturata in una prospettiva “*as is*” (le condizioni assistenziali e gestionali attuali con quali risultati) e “*to be*” (le condizioni assistenziali e gestionali prospettiche, cioè quelle conseguenti ai processi innovativi che dovranno attivarsi e con quali risultati attesi). In altri termini, è opportuno co-costruire, integrando il punto di vista epidemiologico, clinico-assistenziale e manageriale, *piani predittivi* per le singole patologie ritenute prioritarie tenendo in considerazione il potenziale (misurabile) miglioramento dei risultati di salute (*outcome*) e anche i costi in una prospettiva di appropriatezza, di costi evitabili o riallocabili e, quindi, in una prospettiva di *sostenibilità* per il sistema.

Per il *livello aziendale* appare opportuno, ai fini di una buona programmazione locale, prendere in considerazione l’*ambito territoriale di riferimento delle ASL*, nel quale, cioè, le ASL interagiscono con le Aziende ospedaliere afferenti. Queste ultime e le ASL sono chiamate a effettuare

Fig. 1
La governance di sistema



un'analisi del proprio *posizionamento* rispetto alle priorità indicate dal livello regionale e un'analisi dei propri assetti organizzativi attuali (*as is*) nella prospettiva (*to be*) di creazione delle nuove reti integrate intraterritoriali e territorio-ospedale-territorio. In ciò appare non secondario un processo di valutazione anche dei *potenziali* in termini di fabbisogni di risorse umane, di competenze, di tecnologie ecc., necessari per dare corpo alle reti integrate e per consolidare le prassi integrate.

A livello *distrettuale* è opportuno che prenda corpo un processo profondo di contestualizzazione delle indicazioni dei livelli superiori e in particolare delle reti in pieno funzionamento, dei PDTA (e dei correlati *Progetti-salute* indicati dal DM 77) applicati nel mondo reale e monitorati nei loro risultati. In estrema sintesi, si può dire

che il Distretto – di cui si dirà più estesamente nell'ultimo paragrafo – è chiamato a svolgere una fondamentale funzione di *committenza* ai servizi e agli attori della cura e una funzione di *governance* locale nella prospettiva di consolidare un sistema di Cure Primarie integrate al loro interno e integrate con i livelli (e le strutture) intermedie, con gli Ospedali, con il Sociale e con le Comunità di riferimento.

È bene, però, precisare che questa visione a cascata, centro-periferia, non intende prospettare un *posizionamento di attesa* da parte dei livelli posti più in basso. Il sistema, infatti, spesso si muove con tempistiche e sequenzialità non sempre regolari e ogni livello considerato nella Fig. 1 è comunque in grado e ha gli strumenti per poter costruire in ogni caso le basi per l'articolazione dei propri scenari a tendere.

2.2. Individuare le priorità di sistema in modo ponderato, *evidence-based* e *data-driven*

Il diffuso indebolirsi, nei contenuti e nel metodo, dei processi di pianificazione strategica dell'ultimo decennio, che si è accompagnato a un parallelo *dimagrimento* delle tecnostrutture di staff e al diffuso appiattimento verso i formalismi dei *meccanismi operativi* aziendali (sistema informativo, controllo di gestione, sistemi di valutazione, ...), ha rappresentato una delle cause del progressivo venir meno dell'uso dei dati e, più in generale, della *conoscenza integrata* con evidente indebolimento dei processi di pianificazione strategica e decisionali e conseguentemente gestionali.

In ragione di ciò, nel paragrafo precedente si è sottolineata l'importanza della costruzione di Indirizzi e Piani Strategici da redigere in modo polifonico attraverso cicli di audit gestiti dal Management che, oltre al contributo dei servizi e dei professionisti preposti alla generazione e uso dei dati (epidemiologici, di produzione, economici) e alla programmazione, veda anche il coinvolgimento dei professionisti del mondo clinico-assistenziale più rappresentativi in rapporto alle patologie ritenute prioritarie per il sistema.

Dato che, per la pianificazione strategica dei nuovi disegni di rete previsti dal DM 77, è necessario definire le priorità d'intervento e i relativi obiettivi e dato che tale processo, per la complessità dei temi e degli assetti organizzativi e operativi, dovrà svilupparsi sulla base di una visione sistemica, si rendono necessari approcci, metodi e strumenti che siano in grado di analizzare e di gestire una tale complessità.

Il metodo analitico sistemico del *disease management* (Cramm *et al.*, 2015a, 2015b; Dusheiko *et al.*, 2015; Campbell *et al.*, 2013; Health Quality Ontario, 2013a, 2013b; Hisashige, 2013; Nikitovic *et al.*, 2013; Emanuel, 2012; Rijken *et al.*, 2012; Lemmens *et al.*, 2011; Wagner, 2000; Cavallo, Del Vecchio, 1997; Hunter, Fairfield, 1997), applicato alle patologie ritenute più critiche in base, prioritariamente, ai dati epidemiologici e di produzione esistenti, si presta bene a rappresentare una sorta di mappa-tracciante, capace di prendere in considerazione tutto il sistema-malattia e contestualmente di analizzare in dettaglio, in una prospettiva "*as is - to be*", il sistema di servizi e di attori preposti alla sua gestione, nonché i risultati assistenziali prodotti da questi ultimi (Fig. 2).

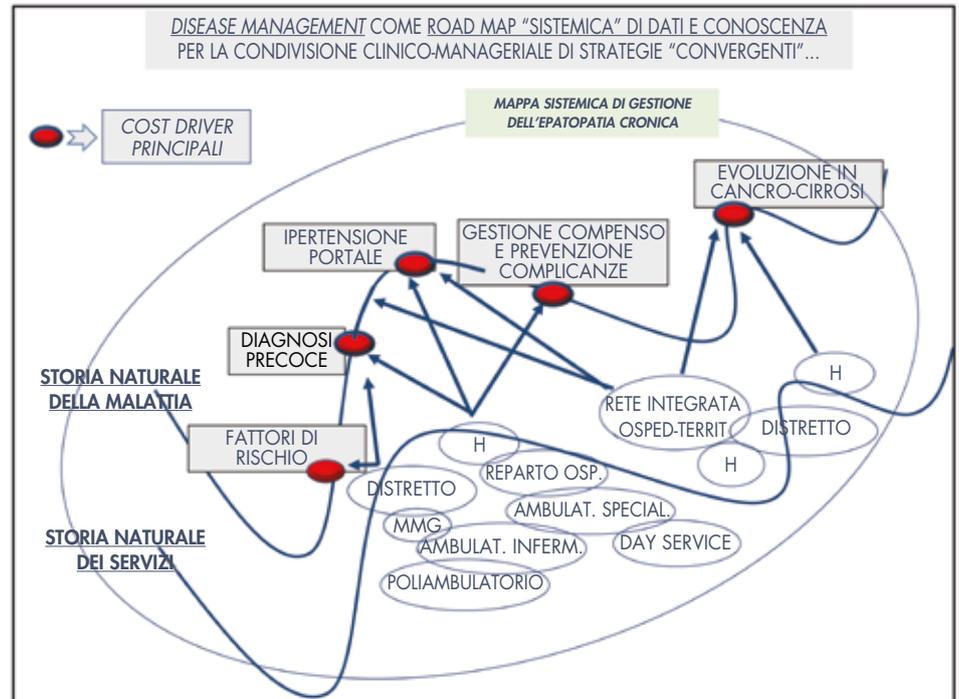
La Fig. 2 prende come mappa esemplificativa l'Epatopatia Cronica e delinea due curve, la *storia naturale di malattia* e quella che potremmo denominare la *storia naturale dei servizi*.

L'analisi *evidence-based* della *storia naturale di malattia* permette di identificare, lungo l'evolversi della patologia (dai fattori di rischio alle complicanze), i *cost driver* principali¹, cioè i più significativi *generatori di costo*, quest'ultimo inteso sia come costo di salute (ivi incluso il costo in termini di qualità della vita dei pazienti), sia come costo finanziario per il sistema. Ciò permette di poter effettuare anche un'analisi sulla sostenibilità economica delle scelte strategiche che si inten-

¹ Per l'Epatopatia Cronica i *cost driver* fondamentali in estrema sintesi possono ritenersi: la *Diagnosi precoce*, la *Gestione dell'ipertensione portale* (che è uno "snodo fondamentale" di evoluzione della malattia cronica di fegato) e la *Gestione del compenso con prevenzione delle complicanze*.

Fig. 2

La struttura metodologica sistemica del *disease management*



de porre in essere (per esempio, i costi a tendere relativi al potenziamento della prevenzione e del *follow-up* attivo dei pazienti, alla diagnosi precoce e/o all'uso di farmaci in grado di eliminare le cause o di rallentare l'evoluzione di malattia).

Peraltro, l'analisi dei singoli *cost driver*, attraverso dati epidemiologici e gestionali, è in grado di individuare *obiettivi convergenti* per i diversi attori della cura e di pesarne il potenziale impatto. In altri termini, per esempio: quante complicanze gravi potrebbero essere potenzialmente evitate attraverso un *follow-up* costante dei pazienti con *ipertensione portale*, e a quali costi (organizzativi, tecnologici, ...). Un tale focus permette quindi di delineare *scenari predittivi* relativamente alla *salute guadagnabile* e alla *sostenibilità degli investimenti* necessari per innovare gli assetti organizzativi-tecnologici e le prassi. E ciò posto che è possibile

effettuare specifiche pesature di dati sulle diverse *sub-popolazioni* di pazienti individuate attraverso la stratificazione di popolazione e la stadiazione (*disease staging*, di cui alla Fig. 3) dei pazienti, che permette di classificare i pazienti in relazione allo stadio, alla complessità di malattia e ai relativi costi di gestione.

A partire dalla visione sistemica del *disease management* dell'Epatopatia Cronica della Fig. 2, la Fig. 3 individua le *sub-popolazioni* di pazienti *a rischio di* e *con* Epatopatia in evoluzione, sulle quali effettuare una specifica rilevazione di dati (*as is – to be*) nella prospettiva di evidenziare il potenziale di salute generabile e il peso economico concreto dei singoli *cost driver* nel mondo reale, e nella prospettiva, inoltre, di delineare anche gli *scenari predittivi* sui potenziali *end point*, valutati in termini di risultati di salute e di costi-sostenibilità economica.

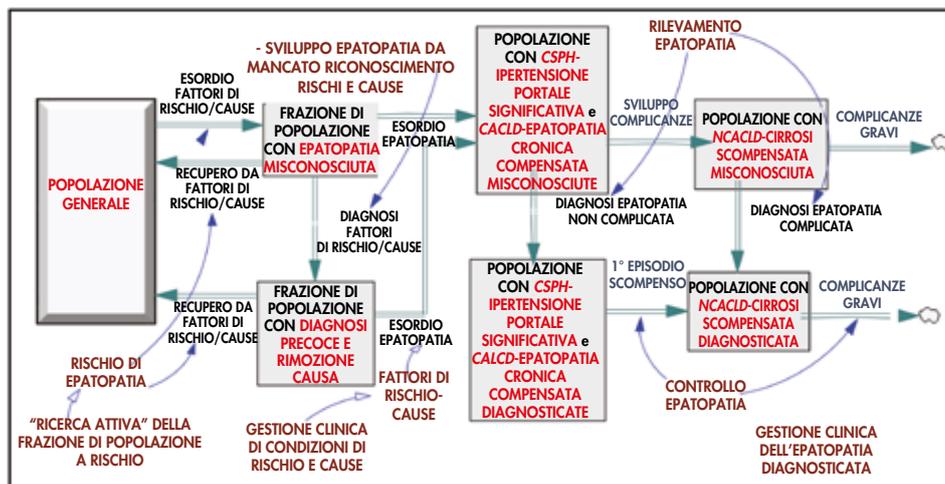


Fig. 3
Il processo di *disease staging* per definire le sub-popolazioni da monitorare

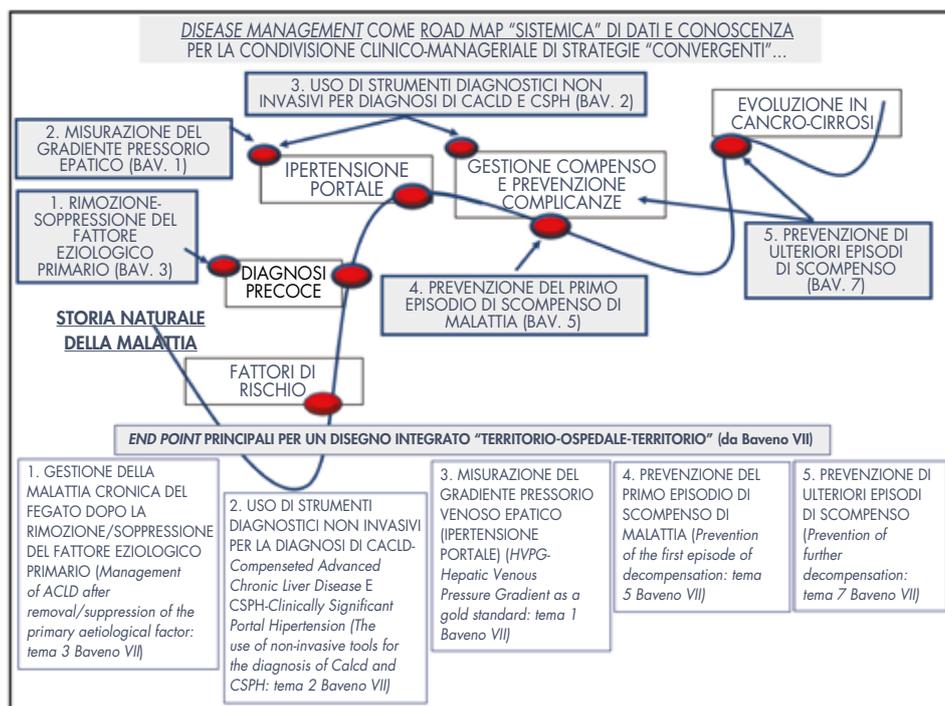


Fig. 4
Dall'analisi agli scenari predittivi sui potenziali risultati di salute e di costi

La Fig. 4 mette in relazione ai *cost driver* della Fig. 2 alcune delle *raccomandazioni di buona pratica* per la gestione efficace dell'Epatopatia Cronica indicate dai *Workshop* Baveno VII e VI (Renewing consensus in portal hypertension e Stratifying risk and individu-

alizing care for portal hypertension)². Nella figura si prendono in considerazione solo i 5 temi (su un totale di 9) segnalati da Baveno, utili per la costru-

² J Hepatology, 2022 Apr.; 76(4): 959-974. DOI:10.1016/j.jhep.2021.12.022. Epub 2021 Dec 30.

zione del disegno sistemico integrato tra territorio e ospedale, dato che gli ulteriori 4 temi dei Baveno³ sono maggiormente correlati a funzioni specialistiche specifiche.

Le indicazioni di buona pratica *evidence-based* possono, così, trasformarsi negli *obiettivi principali* da assegnare alla rete di attori della cura, obiettivi con un impatto misurabile sulla rimozione delle cause di malattia, sulla riduzione della percentuale di complicanze e del numero di soggetti che evolvono precocemente verso l'alta complessità. È proprio il potenziamento della *medicina d'iniziativa* – caposaldo del DM 77 e dell'ACN-Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale 2022 – che può incidere significativamente sui

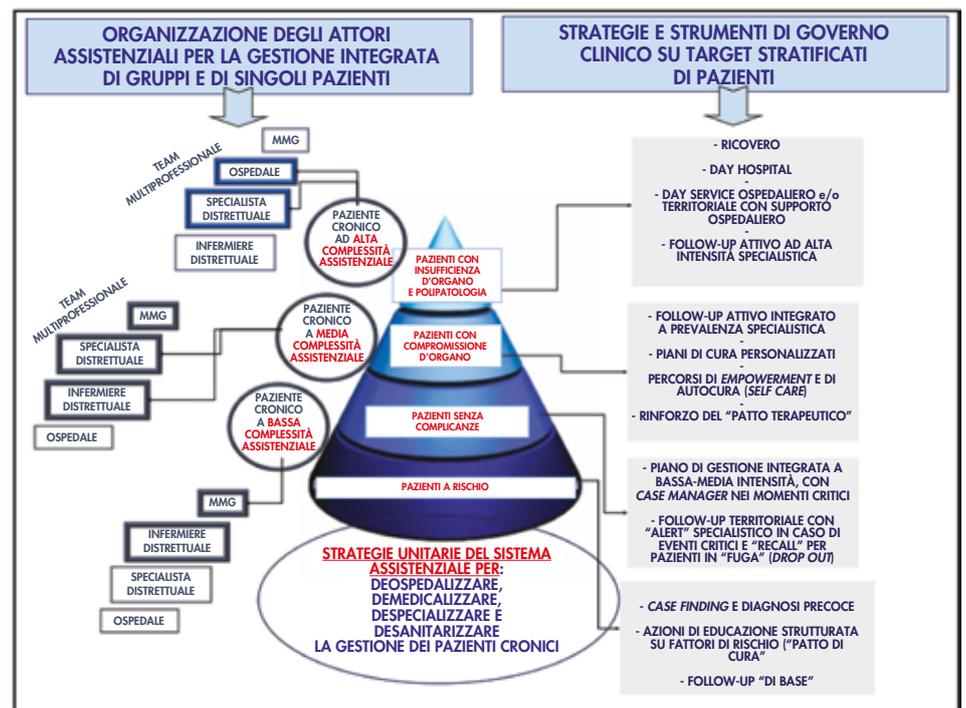
risultati di salute e sui costi potenzialmente recuperabili e riallocabili.

2.3. Come transitare dalla strategia ipotizzata alla strategia attuata: tradurre le priorità e gli obiettivi in prassi condivise

La *mappa-guida* per delineare e attuare i disegni di rete deve, innanzitutto, tenere in considerazione, come già detto, il processo di stratificazione dei rischi della popolazione e di stadiazione dei pazienti già diagnosticati. In tale prospettiva la *piramide di population management* (Nasmith *et al.*, 2010, modificato: vedi Fig. 5), adattata alle caratteristiche e ai potenziali dei contesti di intervento, permette di delineare più precisamente (lato sinistro della figura) il *mix del team di attori* preposti alla gestione integrata della *Patologia X* e la loro interazione in base al crescere della complessità. In altri

³ Tema 4 Baveno VII: Impatto delle terapie eziologiche e non in corso di cirrosi; Tema 6: Gestione degli episodi acuti di sanguinamento; Tema 8: Diagnosi e gestione delle trombosi venose splancniche; Tema 9: Diagnosi e gestione di altri disordini vascolari del fegato.

Fig. 5
La piramide di *population management* contestualizzata



termini, va affermato il principio che qualsiasi paziente cronico debba essere comunque gestito in team, ma per alcuni sarà sufficiente la presa in carico da parte di un *team di base*, mentre per i pazienti più complessi sarà necessario un piano di *follow-up specialistico* a maggiore intensità. E, in tale prospettiva, raccordare la stratificazione con assetti organizzativi e operativi coerenti è un presupposto di efficacia.

È evidente che una tale classificazione dei pazienti e la personalizzazione dei piani di follow-up permetterà di ridurre il sovraccarico evitabile delle funzioni specialistiche e potrà essere la base per i processi di *task shifting* e di *skill mix change*, di cui si dirà nel paragrafo successivo.

Sul lato destro della Fig. 5 vengono declinate le possibili strategie e gli strumenti assistenziali che possono essere utilizzati per *personalizzare i Progetti salute*, di cui al DM 77, e i relativi *Piani di Cura personalizzati*, secondo una prospettiva che miri a deospedalizzare, demedicalizzare, despecializzare e, ove possibile, *desanitarizzare* la gestione dei pazienti, facendo con quest'ultimo termine riferimento ai potenziali di *empowerment* e di *self care* correlati all'educazione sistematica e strutturata dei pazienti e dei caregiver, che costituisce una leva molto efficace in tante patologie croniche per lo sviluppo delle abilità di automonitoraggio e di autocura.

Ma lo strumento cardine per concretizzare e consolidare le nuove prassi integrate e perseguire, misurandoli, gli obiettivi prefissati e condivisi tra i diversi attori del sistema, sono i PDTA-Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali. Questi ultimi sono

ormai divenuti strumenti ampiamente utilizzati, ma che molto frequentemente sono inficiati dalle visioni autoreferenziali dei professionisti e dei singoli servizi. Sono, inoltre, spesso strutturati secondo una *visione parziale*, viziati, cioè, da un orientamento quasi esclusivamente clinico (*cure*) o squisitamente organizzativo (*care*) e spesso, peraltro, con scarsa attenzione al punto di vista del paziente (*caring*, inteso come presa in carico della *salute globale*, secondo il concetto OMS, e del benessere del paziente-persona), pur essendo ormai riconosciuto anche in letteratura scientifica il valore dell'*empowerment* in relazione ai risultati di salute.

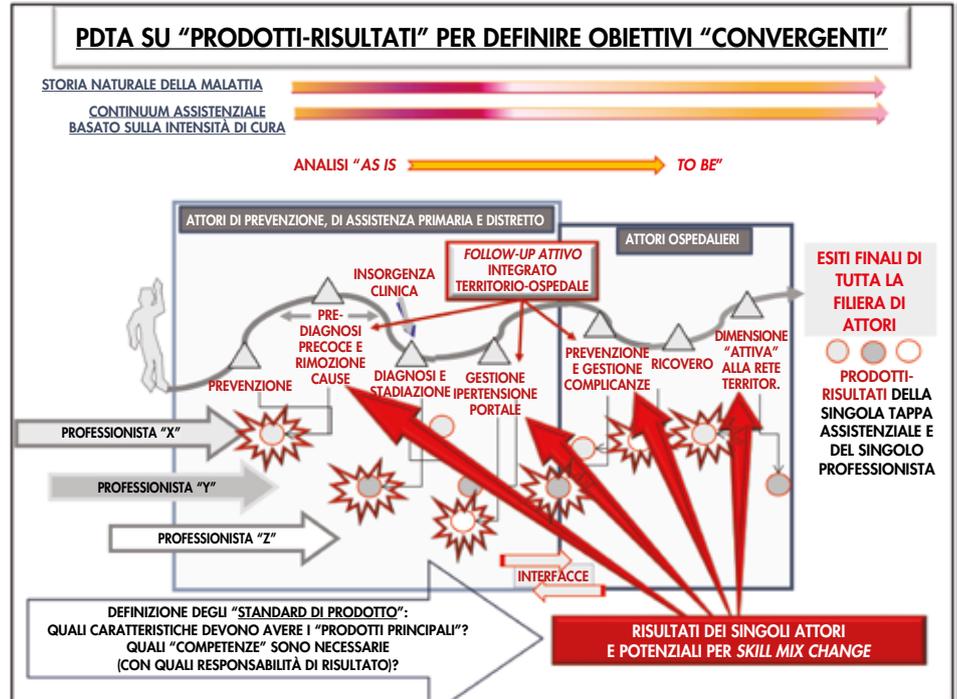
Un ulteriore problema diffuso dei PDTA usualmente costruiti in modo *activity-based* è la loro ampiezza. In tali casi l'eccessivo numero di pagine li rende difficilmente utilizzabili come strumenti operativi da disseminare diffusamente nell'organizzazione e da condividere per la revisione critica delle prassi di tutti gli attori della cura. Alla luce di quanto sopra, nello strutturare i PDTA (Fig. 6) bisognerebbe concentrarli, sulla falsa riga dell'esempio dell'Epatopatia Cronica espresso nella Fig. 2, sui principali *cost driver* identificati attraverso il metodo del *disease management* e messi in correlazione con gli *obiettivi di buona pratica* (nel caso dell'esempio della Fig. 2, gli obiettivi *Baveno*, di cui alla Fig. 4).

Per rendere i PDTA strumenti operativi *snelli (lean)*, più facilmente diffusibili e condivisibili nell'organizzazione, bisogna fondamentalmente:

- centrarli non sulle singole attività ma sui *prodotti/risultati* fondamentali;

Fig. 6

Dai PDTA per attività-funzioni-ruoli ai "PDTA-lean" per prodotti-risultati



- evitare l'elencazione generica dei ruoli (*il MMG fa diagnosi, lo Specialista valuta le complicanze ecc.*), dando, invece, risalto al contributo misurabile dei vari attori sui prodotti/risultati specifici (per esempio, il prodotto integrato *follow-up attivo* con le specifiche dei contributi dei diversi attori della cura).

Questa articolazione può anche facilitare il processo di *committenza* utile per le reti digitali e per i piani di tele-assistenza e di telemedicina mirati, permettendo di specificare dettagliatamente su *quali prodotti/risultati* di *quali pazienti* con *quali caratteristiche* e con *quali fabbisogni* dovranno dare idonee risposte gli strumenti tecnologici.

Questa *struttura metodologica* dei PDTA "per prodotti/risultati" può

facilitare, inoltre, la ridefinizione delle competenze/responsabilità dei diversi attori secondo una logica di *task shifting* e di *skill mix change*. Essa rappresenta, quindi, anche una mappa utile ad articolare adeguati programmi di formazione-apprendimento della rete e dei singoli attori che la compongono.

La Fig. 6 delinea i principi metodologici del PDTA-lean applicato al disegno di Epatopatia Cronica utilizzato come esempio base per il *disease management* di cui si è detto nei paragrafi precedenti e nelle Figg. 2 e 4.

Nella Fig. 6 si mettono in luce sinteticamente i principali *prodotti-risultati* che dovranno essere garantiti dalla rete dei diversi attori della cura.

Questo permette di definire e di concordare all'interno della rete assistenziale:

- protocolli *evidence-based* e *data-driven* per la gestione dei prodotti/risultati principali;
- performance dei singoli e del team, con i relativi risultati (misurabili) attesi per i singoli prodotti;
- ridisegno degli assetti organizzativi, operativi e tecnologici;
- sviluppo di competenze necessarie (e relative responsabilità) per la gestione delle attività, che possono essere la base per i potenziali disegni di *task shifting* e di *skill mix change* di cui si è già detto.

3. Quale potenziale riorganizzazione dell'assistenza territoriale a partire dalle nuove formule organizzative (AFT e UCCP) indicate dalla L. n. 189/2012, dal DM 77 e dagli accordi con i convenzionati?

3.1. Gli scenari del DM 77

La Tab. 1 declina le parole chiave che stanno alla base dei concetti fondanti

Tab. 1 – Le principali parole chiave del DM 77

- **Stratificazione** (NdR: tema affrontato nei paragrafi 1 e 2). Una classificazione della popolazione che in base al monitoraggio dei fattori di rischio, alla gestione integrata delle malattie croniche e delle complessità cliniche, utilizzando sistemi digitali (algoritmi che permettano lo sviluppo di sistemi predittivi) restituisca una mappa dello stato di salute di tutta la popolazione e non solo di quella parte che richiede l'attivazione di una prestazione sanitaria, e agendo, così, in termini di prevenzione oltre che di diagnosi e cura¹.
- **Medicina proattiva o sanità di iniziativa** (NdR: tema evidenziato nel paragrafo 2, parlando di *Diagnosi precoce* e di *Follow-up attivo* dei PDTA) come *un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa*.
- **Prossimità** come principio dell'approccio alla cura: "La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale"².
- **Progetto-salute** (NdR: tema trattato nel paragrafo 2 a proposito dei *Piani di Cura Personalizzati* correlati ai PDTA), inteso come "filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni assistenziali, in raccordo con i servizi, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE"³ e che si pone come strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio-assistenziale. Il DM n. 77/2022 lega alla definizione del Progetto di Salute l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima, che va ampliandosi in rapporto alla complessità clinico-assistenziale, dove il MMG/PLS è figura presente a ogni livello di complessità in qualità di "referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita"⁴.
- **Sistemi informativi/informatici**. Il PNRR in Sanità punta fortemente sulla riorganizzazione dei processi assistenziali e/o gestionali, attraverso la definizione e l'utilizzo di sistemi informativi e sistemi informatici che possano garantire un flusso di informazioni (e non solo di dati) che permettano il monitoraggio degli stessi processi, e quindi il continuo adeguamento e miglioramento della gestione del paziente in ogni setting assistenziale, nel funzionamento delle reti assistenziali e nell'utilizzo dei sistemi di telemedicina. Su tale ambito vi è un investimento mirato M6.C2 e svolge un ruolo fondamentale la *telemedicina*, che è la chiave di volta per affrontare le principali sfide che interessano il SSN. Essa persegue tre obiettivi concomitanti: (i) contribuire a colmare i divari geografici del sistema sanitario grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria e il percorso dei pazienti; (iii) aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto⁵.

¹ DM n. 77/2022 punto 3 "Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico".

² DM n. 77/2022 punto 10 "Assistenza domiciliare".

³ DM n. 77/2022 punto 3 "Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico", paragrafo I "La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute", cpv VI.

⁴ DM n. 77/2022 punto 3 "Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico", tabella 1 "Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale".

⁵ Mantoan-Borghini (2021). Potenziamento dell'assistenza sanitaria. *Monitor*, 45: 12.

della logica del DM n. 77/2022 e considerati da questo come veri e propri “strumenti”.

Premesso che *Stratificazione, Medicina d’iniziativa e Progetto Salute*, come ricordato in Tab. 1, sono stati già oggetto di riflessione nei paragrafi precedenti, nel paragrafo seguente si cercherà di sviluppare come focus centrale del DM 77 quello delle *Case della Comunità* e del *ruolo unico* degli attori delle Cure Primarie⁴ al loro interno, in considerazione dei contenuti del Nuovo ACN-Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale, sottoscritto a gennaio 2022 in Sisac e ratificato il 28/04/2022.

3.2. Gli scenari della riorganizzazione delle cure primarie nel quadro del nuovo accordo nazionale della medicina generale e degli ACN della specialistica e della pediatria

La novità principale del nuovo ACN M.G. 2022 è la definitiva ratifica (già prevista nella L. n. 189/2012, cosiddetta *Legge Balduzzi*, ma poi non sottoscritta dalle OO.SS. di categoria) della costituzione delle *nuove formule aggregative, monoprofessionali* (AFT-Aggregazioni Funzionali Territoriali) e *multi-professionali* (UCCP-Unità Complesse di Cure Primarie). Al riguardo, vedi ACN – Artt. 8, 9, 10, 29, 30 e vedi anche gli Artt. 43 e 44 che definiscono rispettivamente i *Compiti del Medico di*

⁴ Art. 31 – Ruolo unico del medico di assistenza primaria (Nuovo ACN-Medicina Generale ratificato il 28/04/2022): “1. Dall’entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di incarico di: a) Assistenza Primaria; b) Continuità Assistenziale; assumono la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria.

2. Il ruolo unico di assistenza primaria di cui D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) come disciplinato dal presente Accordo”.

ruolo unico dell’Assistenza Primaria (nuova denominazione che include i MMG e i MCA-Medici di Continuità Assistenziale, componenti delle medesime AFT) e l’*Attività assistenziale a prestazione oraria*, considerato che, come già ricordato a proposito dell’Art. 31 (vedi Nota 5 della Tab. 1), si “prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP)”.

In estrema sintesi, l’ACN M.G. indica che:

- i nuovi assetti organizzativi (AFT-UCCP) sono determinati dalla *programmazione regionale* e, pertanto, non sono oggetto di *negoziazione* (Art. 2 c. 3);
- la programmazione regionale finalizzerà gli AIR-Accordi Integrativi Regionali (dai quali poi scaturiscono gli AAA-Accordi Attuativi Aziendali) alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di *indicatori di performance* (Art. 4 c. 1) *di processo e di risultato*, tenendo in particolare considerazione alcuni obiettivi prioritari nazionali, tra i quali il PNC-Piano Nazionale Cronicità (Art. 4 c. 1), utilizzando specifici PDTA;
- l’UCCP – a cui sono collegate funzionalmente le AFT di riferimento (Art. 9 c. 3) – opera in forma *integrata e persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall’Azienda sanitaria*, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell’ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in *continuità assistenziale* con le AFT, rispondendo ai bisogni di salute complessi (Art. 9 c. 1);

- le attività, gli obiettivi e i livelli di performance dell'UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto e la valutazione dei risultati raggiunti dai medici costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici (Art. 9 c. 5);
 - nell'ambito del PAT-Programma delle Attività Territoriali, l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della medicina generale individuando gli obiettivi di salute che si intendono perseguire (con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche) e le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi (Art. 13);
 - l'AFT (costituita da medici operanti sia a ciclo di scelta sia su base oraria) opera per l'intero arco della giornata e per sette giorni a settimana per una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando esigenze legate alle aree ad alta intensità abitativa, e il perseguimento degli obiettivi di salute e di attività vengono definiti dall'Azienda (Art. 29 c. 7) (NB: già l'ACN M.G. 2009, che è il primo, agli Artt. 26 bis e ter, a parlare di AFT, indicava una media di 20 MMG per singola AFT e 30.000 assistiti di riferimento);
 - (Art. 29) Il medico del ruolo unico di assistenza primaria opera nell'ambito delle AFT e delle UCCP, espletando sia attività a ciclo di scelta sia attività oraria, e persegue gli obiettivi di salute dei cittadini in attuazione della programmazione regionale, svolge la propria attività individualmente e in integrazione con la propria AFT, partecipa inoltre alle attività della UCCP di riferimento (Art. 29 c. 2), e le funzioni e i compiti previsti rappresentano "condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione con il SSN" (Art. 43 c. 4). "Gli Accordi regionali e aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico a rapporto orario alle attività previste nelle nuove forme organizzative" (Art. 43 c. 9);
 - l'Accordo integrativo Regionale può integrare compiti e funzioni delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico assicurata alla popolazione di riferimento (Art. 29 c. 10);
 - la *condivisione di percorsi assistenziali* è strumento portante del disegno assistenziale, così come gli strumenti di valutazione della qualità e gli audit, la garanzia dell'assistenza da parte dell'AFT anche del contributo alla *promozione della medicina d'iniziativa*, con una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi, attuando anche l'*integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello* e contribuendo all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale (Art. 29).
- Breve commento ai punti precedenti: nel consigliare la lettura dell'intero ACN, dai punti citati si coglie una forte coerenza delle funzioni e delle caratteristiche del *medico del ruolo unico di assistenza primaria* con l'organizzazione e le funzioni della Casa della Comunità e con gli scenari di

rete che si delineeranno nel paragrafo successivo. In sintesi, possiamo dire che si tratti di un primo passo per dare all'*antica* Medicina Generale un ruolo importante *dentro il sistema*, superando una tendenza all'autoreferenzialità e in alcuni casi al *solipsismo*, che sono stati la causa principale delle storiche polemiche su questa fondamentale figura, i cui potenziali, all'interno di una rete integrata con e per il sistema, divengono ancora più importanti.

Una breve conclusione sull'ACN della M.G.: essendo materia di competenza regionale, da approfondire e dettagliare in sede di negoziazione e stesura degli AIR-Accordi Integrativi Regionali, in questa sede non si entra nel merito dell'analisi dettagliata dell'Art. 47, che riguarda il *Trattamento economico*, e ci si limita a fornire soltanto alcune informazioni essenziali (Tab. 2), che possono essere utili per meglio inquadrare il paragrafo successivo sugli assetti organizzativi e operativi delle AFT-UCCP.

Per quanto riguarda gli ACN della Specialistica e della Pediatria, i principi e gli elementi dell'ACN della M.G. sono sostanzialmente ribaditi, ma senza il *ruolo unico* e senza le *quote orarie* previste. Vale la pena di sottolineare che anche per questi professionisti vale il principio dell'*obbligatorietà* alla partecipazione alle formule

aggregate e integrate e si conferma l'indicazione di porre primaria attenzione ai pazienti cronici (per la pediatria, ovviamente, i target specifici dell'area pediatrica) e all'uso dei *percorsi assistenziali* e della *medicina d'iniziativa*. Viene, inoltre, ribadito il principio della *valutazione*, per l'erogazione della parte economica variabile, che dovrà tener conto della partecipazione alle nuove formule aggregative e degli obiettivi concordati a livello aziendale-distrettuale. Viene posta particolare attenzione anche al collegamento con l'Ospedale e tra le stesse AFT delle tre categorie di professionisti (si pensi, per esempio, ai programmi di *transitional care*, in particolare per i target pediatrici critici che transitano, per età, dalla gestione pediatrica ai MMG).

Va precisato infine che l'AFT pediatrica "non eroga direttamente assistenza sanitaria" (Art. 28 c. 2), ma è chiamata comunque a "promuovere la condivisione tra i pediatri di libera scelta di percorsi assistenziali anche in coordinamento con le strutture sanitarie del SSR, con le UCCP e con le AFT della Medicina Generale e della Specialistica ambulatoriale [...] anche integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività" (Art. 6 c.g e 7).

Tab. 2 – Istituti economici essenziali dell'ACN medicina generale (Art. 47)

L'Art. 47 differenzia:

- *quota capitaria* (che include un compenso aggiuntivo annuo di 31,09 euro per ogni assistito > 75 anni e di 18,95 euro se di età < 14 a.);
- *quota variabile* (che include varie quote, tra le quali 3,08 euro per assistito per le attività finalizzate al governo clinico);
- *quota per servizi* (che include le varie sub-quote per le diverse tipologie di Assistenza Domiciliare);
- *quota del fondo aziendale dei fattori produttivi* (che include le somme delle vecchie indennità per collaboratore di studio e infermieristico, per le attività correlate alle precedenti formule aggregative. È previsto, al c. VII, che "Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse");
- *quota per ulteriori attività e prestazioni* da utilizzare anche per "attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dall'assistenza primaria e a queste complementari...".

3.3. I potenziali assetti organizzativi e operativi del nuovo disegno di cure primarie integrate

La Fig. 7 delinea gli elementi essenziali delle nuove formule aggregative. Innanzitutto, il MMG può mantenere le regolari attività svolte nel proprio studio e rivolte ai propri assistiti, nel pieno rispetto della libera scelta del cittadino e delle logiche di prossimità. Per svolgere tali attività egli riceve la Quota capitaria e le altre quote correlate spettanti.

Nei nuovi scenari del DM 77, la prima questione che il sistema pubblico deve porsi è quella relativa alla *definizione delle caratteristiche delle funzioni aggregate e dei relativi obiettivi specifici* da assegnare annualmente alle AFT, così come quella relativa alla partecipazione dei medici del ruolo unico alle attività dell'UCCP di riferimento.

È bene evitare confusione tra i diversi livelli, dato che ogni AFT deve riceve-

re (e ha un proprio Referente organizzativo che si interfaccia con il Distretto) gli obiettivi specifici correlati a tale *forma funzionale aggregata*, che si differenzia dalla *forma integrata* (UCCP), in quanto quest'ultima, proprio per la sua composizione multiprofessionale che include la specialistica (e altre figure professionali), è preposta a gestire i casi a maggiore complessità. Ed è proprio per tali obiettivi assegnati alle AFT che possono essere utilizzate le *quote variabili* previste dall'ACN⁵.

⁵ Si ricorda, al riguardo, che già un Atto di Indirizzo del Comitato di Settore del 17/07/2017, citato nello stesso ACN MG 2022, riportava a chiare lettere che: "Occorre prevedere che una parte significativa del compenso (almeno il 30%), così come suggerito anche da esperienze internazionali e dai documenti della Commissione Europea, sia assegnata sulla base di meccanismi premiali legati al monitoraggio e valutazione dei livelli di servizio offerti ai cittadini e qualità dell'assistenza (per esempio, modalità di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, appropriatezza prescrittiva, accesso al Pronto Soccorso, copertura vaccinale...), superando il più possibile il pagamento a prestazione".



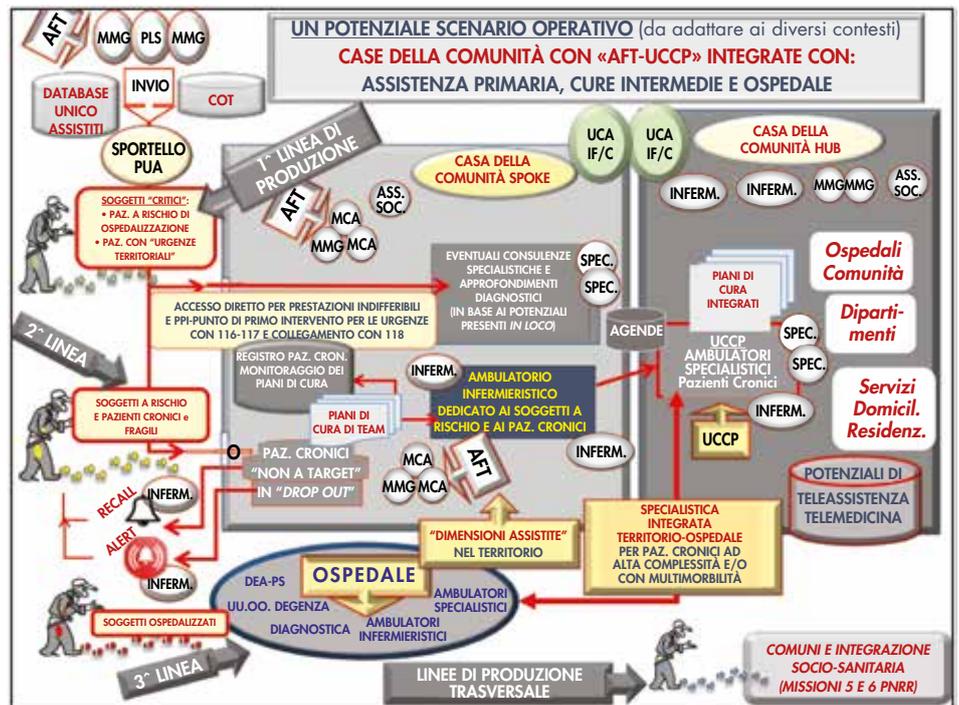
Fig. 7

Assetti e funzioni delle AFT e delle UCCP

È evidente che in questa sede è possibile soltanto delineare un quadro logico-concettuale e operativo di massima, dovendo sia gli assetti organizzativo-operativi, sia gli obiettivi essere definiti nei contesti di azione. Ma, facendo riferimento ai punti cruciali dell'ACN ricordati precedentemente e continuando con l'esempio dell'Epatopatia Cronica utilizzato nei primi paragrafi, appare abbastanza sensato che gli obiettivi delle AFT e delle UCCP vengano concentrati prioritariamente sugli obiettivi della *medicina d'iniziativa* citata come priorità nell'ACN e nel DM 77 (in particolare per la prevenzione nei soggetti a rischio su popolazione generale e per la gestione integrata dei pazienti cronici e fragili), ricordando peraltro che l'AFT è comunque preposta, attraverso il ruolo unico dei MMG con i Medici di Continuità Assistenziale

che fanno parte dell'AFT, a garantire l'assistenza H 24 e 7gg/7 (salvo eventuali accordi possibili con l'Emergenza 118 dalle ore 24.00 alle ore 8.00). Questo elemento appare molto significativo per il suo potenziale effetto anche sulla riduzione degli accessi impropri alle aree di emergenza ospedaliera. Volendo immaginare, quindi, in un'unica visione d'insieme, uno scenario di possibile funzionamento della rete delle Cure Primarie con le AFT e le UCCP, la Fig. 8 prova a mettere a fuoco alcuni aspetti operativi. Gli Studi dei singoli MMG (in alto a sinistra della Fig. 8) possono continuare a svolgere le proprie attività, collegati digitalmente attraverso un sistema informativo-informatico comune a tutta la rete e attraverso uno stretto collegamento con il PUA e con la COT.

Fig. 8
Case della Comunità con AFT e UCCP integrate in rete



Nell'immagine si ipotizzano diversi target di utenti e pazienti che possono accedere, attraverso *percorsi dedicati* e *percorsi programmati*, alle funzioni aggregate e a quelle integrate erogate anche all'interno delle Case della Comunità, nelle quali sono presenti, a diverso titolo e negli orari concordati, anche i *medici del ruolo unico* (quindi anche gli attuali Medici di Continuità Assistenziale) componenti delle forme aggregate.

Nel ribadire che gli obiettivi vanno individuati e concordati nei contesti locali, è possibile ipotizzare uno scenario che si concentri sui seguenti target.

1[^] *Linea di produzione della figura (da Popolazione generale):*

- 1) Target di soggetti che necessitano di un *accesso diretto per prestazioni indifferibili* (per esempio, soggetti a rischio di ospedalizzazione), inviati dal proprio MMG.
- 2) Target di soggetti con "urgenze" potenzialmente gestibili in un contesto territoriale (utilizzando una terminologia un po' desueta, i classici codici bianchi e parte dei verdi), inviati dal proprio MMG o con accesso diretto ai PPI-Punti di Primo Intervento dell'AFT. La presa in carico di tali soggetti è utile per contrastare l'annoso problema del *sovraffollamento (overboarding e overcrowding)* delle aree di emergenza ospedaliera.

Per quanto riguarda il 1° target, tali soggetti, accedendo alla Casa della Comunità Spoke (o direttamente alla Hub, a seconda delle condizioni cliniche e delle scelte organizzative locali), potranno ricevere le necessarie prestazioni di consulenza specialistica e/o

diagnostiche e, in base a tale valutazione, essere inviati al proprio domicilio (è prevedibile, in caso di necessità, anche un controllo domiciliare successivo da parte dell'UCA o dell'IF/C-Infermiere di Famiglia e di Comunità) o inviati alla Casa della Comunità Hub per una valutazione più approfondita e una presa in carico multiprofessionale (NB: va sottolineato che anche nelle Case della Comunità Spoke è comunque prevista la presenza a orari predefiniti di specialisti delle branche principali).

In relazione al 2° target, appare opportuno che nelle Case della Comunità (nei singoli Territori potranno individuarsi le sedi più idonee, in rapporto alla distribuzione della popolazione e delle stesse Case della Comunità) si strutturino *Punti di Primo Intervento* anche diurni, in correlazione con la Continuità Assistenziale notturna, preposti a dare risposta alle urgenze gestibili nel Territorio, ovviamente correlati al circuito dell'Emergenza nella nuova prospettiva del Numero Unico 116-117. In tale prospettiva appare fondamentale la costruzione di specifici protocolli e la realizzazione di un'idonea campagna informativa rivolta alla popolazione, anche attraverso la rete dei MMG.

2[^] *Linea di produzione della figura (gestione proattiva dei pazienti cronici/fragili):*

Continuando con l'esempio "Epatopatia Cronica" utilizzato nei primi paragrafi e nella prospettiva dell'attuazione dei programmi di medicina d'iniziativa, bisognerà prevedere un numero di accessi programmati di pazienti inviati attivamente dai MMG in ragione della presa in carico proattiva dei target prioritari (per esempio:

controllo del *cost driver ipertensione portale*, accertamento relativo alla *diagnosi precoce* o alla possibile comparsa di *complicanze*, ...) o nel caso di un paziente per una scadenza preordinata nel piano di *follow-up attivo*. Un canale specifico di presa in carico è opportuno che venga riservato ai soggetti fragili per una gestione integrata con i servizi sociali di riferimento.

Per tutti i pazienti cronici/fragili, comunque, dovrà esistere un apposito database (“Registro”) che aggiorni il *Progetto salute* di cui al DM 77 e il correlato *Piano di Cura Personalizzato* in base alla stadiazione e al PDTA concordato dai diversi attori del team. È evidente che, in una logica proattiva, ogni MMG dovrà avere preventivamente identificato, in base ai protocolli concordati, quanti e quali dei propri assistiti appartengono a tali target e avrà concordato, con il team e attraverso il PUA, le scadenze di invio dei propri assistiti per il *follow-up attivo*. Oltre allo specifico *Registro dei pazienti*, utile a monitorare l’andamento del follow-up, è opportuno che nella Casa della Comunità Spoke (e anche nella Hub) sia presente un *Ambulatorio* a gestione infermieristica dedicato ai diversi target di pazienti cronici. A tale riguardo appare utile precisare che nel nostro Paese esistono esperienze molto significative di *Ambulatori infermieristici* con competenze specifiche, in grado di gestire il sistema autonomamente, secondo il piano di follow-up concordato in team, e in grado di utilizzare un sistema di alert per il medico e/o per lo specialista nel caso di dubbi o di comparsa di complicanze (molto utile la coesistenza di un Ambulatorio infermieristico dedicato ai pazienti cronici anche nei contesti ospedalieri, che

operi in interconnessione con gli Ambulatori territoriali).

Uno strumento importante di questi Ambulatori è quello del *richiamo (recall) attivo* dei pazienti che disertano i controlli, dato che, come è ben noto, la *fuga (drop out)* dei pazienti dai Piani di Cura è la causa più frequente dell’insorgere di complicanze e di ricoveri evitabili. Altrettanto fondamentale risulta, inoltre, l’educazione sistematica dei pazienti (individualmente o in gruppo), considerato che in molte patologie croniche l’*empowerment* e in particolare il *self care* (automonitoraggio e autocura) incidono molto significativamente nel mantenimento in salute e nell’evitare la comparsa di complicanze e di ricoveri.

La connessione funzionale dell’AFT con l’UCCP posta nella Casa della Comunità Hub potrà affrontare e gestire efficacemente l’insorgere di complessità assistenziali non gestibili a livello di assistenza primaria, così come l’UCA o l’Infermiere di Famiglia e di Comunità possono rappresentare uno strumento fondamentale per il monitoraggio dei pazienti a domicilio fino alla loro completa stabilizzazione.

Nella Fig. 8, prioritariamente ma non esclusivamente in relazione ai target della 2^a Linea, viene fatto un cenno alla Teleassistenza-Telemedicina, ed è evidente che per alcune categorie di pazienti gli strumenti digitali – anche usati temporaneamente nei periodi critici – possono essere determinanti e facilitanti per l’efficacia e la tempestività della gestione di tali pazienti. In tale prospettiva, come già detto, i PDTA e i *Progetti salute*, con la loro definizione dettagliata del grado di complessità assistenziale e dei “prodotti personalizzati” da erogare, pos-

sono facilitare l'identificazione dei pazienti idonei all'uso della telemedicina e dei potenziali effettivi di utilizzo degli altri strumenti digitalizzati.

3^a Linea di produzione della Fig. 8 (target di pazienti gestiti in raccordo con l'ospedale):

Premesso che è del tutto evidente che il disegno di clinical governance sulla cronicità e sugli specifici PDTA deve essere pienamente condiviso con gli specialisti ospedalieri, in particolare ma non solo per la gestione della casistica più complessa, l'integrazione del Territorio con l'Ospedale si può basare su varie vie:

- la preventiva condivisione dei PDTA integrati e dei Piani di Cura articolati in base alla stadiazione dei pazienti, che, come già detto, devono poter essere monitorati attraverso una rete digitale integrata unica, che permetta a ogni attore della cura di avere accesso in qualsiasi momento al Piano di Cura, aggiornandolo per le aree di propria competenza e potendo monitorare le attività svolte da qualsiasi attore della rete di cura,
- il ricorso allo strumento delle *Dimissioni Assistite* per ogni paziente che transiti dall'Ospedale (PS/DEA e/o Reparti di Degenza), basato su una specifica "scheda di dimissione" che comunichi al *team distrettuale* (e al MMG di riferimento del paziente) l'avvenuto accesso (e la causa) in Ospedale e l'avvenuta *dimissione* (con una *re-stadiazione* nel caso di avvenuto *ricovero*). La comunicazione attiva al territorio della dimissione da PS/DEA o dai reparti di degenza può evitare la fuga del paziente dal circuito assi-

stenziale e promuovere una presa in carico attiva territoriale temporalmente programmata in base a una scala di priorità (le caratteristiche clinico-assistenziali e le condizioni di compenso di malattia). In pratica, a tal fine sarà possibile utilizzare i già esistenti circuiti di *Dimissioni Protette* per i pazienti non autosufficienti, ma le *Dimissioni Assistite* si effettueranno per ogni paziente cronico, indipendentemente dal grado di autosufficienza, perché mirano a ridurre il *drop out* del paziente dopo un episodio di scompenso che ha determinato il bisogno di un accesso ospedaliero;

- l'auspicabile realizzazione, come detto in precedenza, di Ambulatori Infermieristici dedicati ai pazienti cronici, collegati con i corrispettivi Ambulatori Infermieristici Territoriali;
- una rete integrata tra gli Specialisti territoriali dell'UCCP e gli Specialisti ospedalieri, in un disegno di *specialistica unica* mirata alla gestione in rete della medio-alta complessità e della multimorbilità.

Nella figura si fa riferimento alla Linea di "produzione trasversale" relativa all'*integrazione socio-sanitaria*. Appare, infatti, fondamentale individuare e co-costruire disegni integrati con i Servizi Sociali dei Comuni relativamente alle tante aree potenzialmente integrabili tra Missione 5 e Missione 6 del PNRR e relativamente anche all'*integrazione socio-sanitaria* nei casi (frequentissimi) di coesistenza di problematiche sociali in pazienti con patologie croniche. La fragilità associata alla cronicità può, infatti, incidere negativamente sull'evoluzione della patologia.

4. Conclusioni: il raccordo AFT-UCCP nel sistema integrato intraterritoriale e territorio-ospedale e il ruolo del nuovo distretto sanitario

4.1. Il raccordo AFT-UCCP

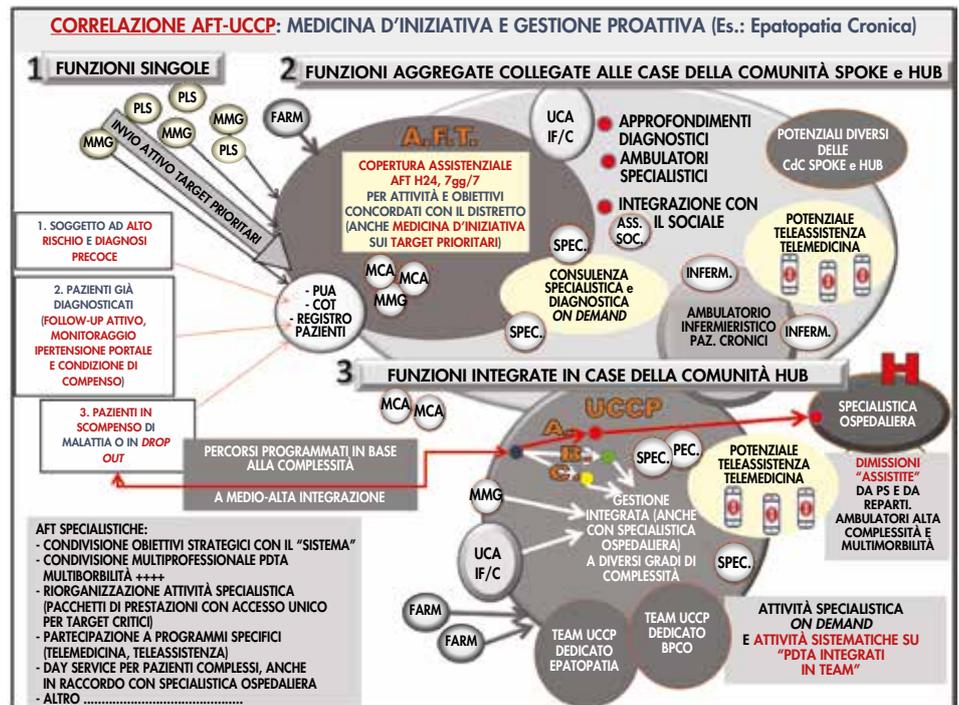
La Fig. 9 ripropone, in un unico quadro d'insieme, i 3 livelli (Funzioni singole, in AFT e in UCCP), utilizzando ancora una volta l'esempio della Epatopatia Cronica.

Le funzioni fondamentali che vengono messe in luce nella figura sono quelle della *medicina d'iniziativa*, che, come già detto, è un tema centrale proposto dal DM 77 e dallo stesso ACN M.G. e che riguarda tutte le categorie dei professionisti citati. Nella figura sono state anche inserite le Farmacie (FARM), facendo riferimento al loro potenziale contributo – da definire nei singoli contesti e in relazione agli specifici PDTA – in

qualità di *Farmacie dei servizi* (altrimenti denominate *Farmacie di comunità*). Sono inseriti anche le UCA e gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IF/C) per il loro importante ruolo, in particolare in relazione agli interventi a domicilio.

A sinistra della figura i MMG (1. Funzioni singole), in base agli obiettivi concordati con il Distretto, inviano i loro assistiti che rientrano nei *target prioritari* (Soggetti ad alto rischio, Pazienti cronici già diagnosticati, Pazienti in scompenso di malattia o in *drop out*), in modo programmato e tramite il PUA, alle Case della Comunità (Spoke o Hub a seconda delle caratteristiche di complessità dei pazienti), con la finalità che questi vengano presi in carico dal team, inseriti nei Piani di Cura integrati e monitorati stabilmente in base alle scadenze del follow-up personalizzato

Fig. 9
La correlazione tra AFT e UCCP



(2. Funzioni aggregate) tramite una rete digitale integrata.

Alle UCCP (3. Funzioni integrate), dove operano *team integrati* che possono includere vari specialisti, vengono indirizzati i pazienti a maggiore complessità (*Percorsi programmati ad alta integrazione*). Questo implica che è necessario rivedere l'organizzazione degli Specialisti, in modo che essi non operino più soltanto *a prestazione* ma abbiano delle ore dedicate alla gestione integrata e, quindi, a fornire il proprio contributo ai singoli PDTA dei diversi target di pazienti prioritari. Da ciò, in basso a destra nella figura, la denominazione di *team UCCP dedicato* alla patologia X, Y, dato che la composizione dei team va adattata alle diverse patologie, ai diversi sub-target e ai piani personalizzati dei *Progetti salute* individuali.

In basso a sinistra nella figura si declinano alcune delle possibili funzioni aggregate delle AFT Specialistiche, cui devono fare riferimento tutte le branche, le quali dovranno dotarsi di obiettivi comuni in grado di migliorare la complessiva gestione dei pazienti, l'efficacia e l'efficienza di tutta la specialistica territoriale e del raccordo di quest'ultima con la specialistica ospedaliera nella prospettiva di una sorta di *specialistica unica*, che, nel rispetto della specificità delle competenze, dei ruoli e delle responsabilità, gestisca principalmente i soggetti ad alta complessità e con *multimorbilità*. Sono, infatti, proprio questi due target la sfida più significativa del prossimo futuro per la sanità, sfida che va affrontata potenziando il livello di integrazione, le competenze e la co-costruzione di PDTA integrati e monitorabili tra Territorio e Ospedale, che definiscano i diversi livelli di responsabilità.

4.2. Il ruolo del nuovo distretto sanitario
Quando mutano i paradigmi, il mondo muta con essi.

Thomas Kuhn (1969, p. 29)

Il Distretto sanitario ha una storia molto travagliata e anche molto diversificata tra le varie Regioni italiane, spesso mortificata in termini di considerazione, di mandato e di supporto alla sua necessaria evoluzione come asse-portante del variegato sistema territoriale.

Adesso più che mai, gli scenari prospettati dal PNRR e dal DM 77 impongono una nuova visione di tutto il sistema, *in primis* del Distretto sanitario, nonché nuovi metodi e nuovi strumenti operativi per l'erogazione dell'assistenza, e il tutto dovrà innestarsi in una *innovata cultura di organizzazione e di servizio*, che progressivamente dovrà arrivare a coinvolgere tutti gli operatori.

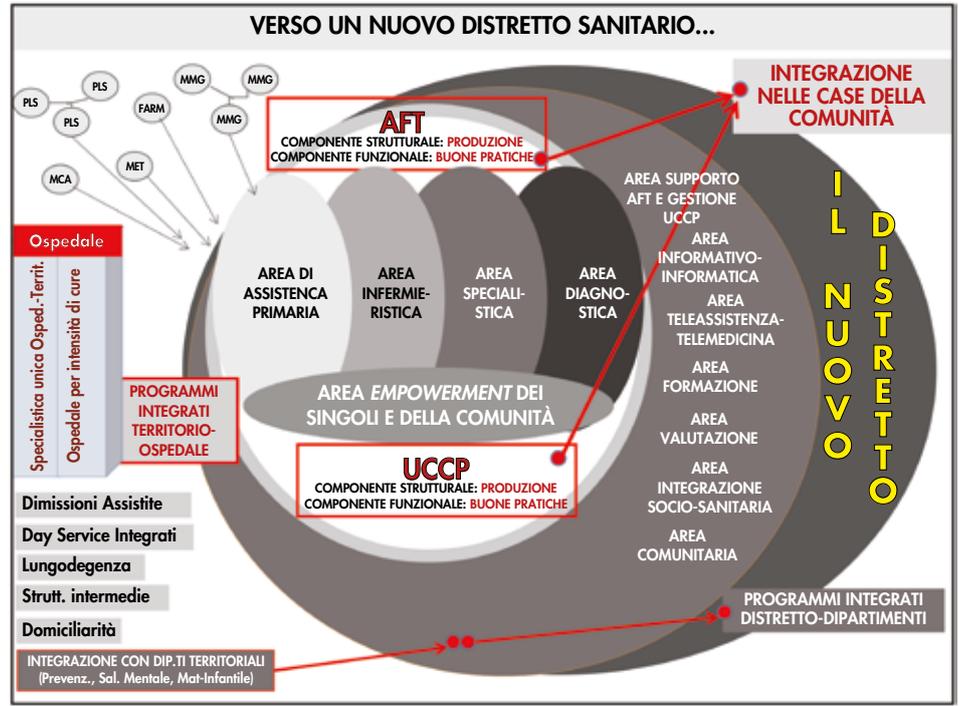
Il tema del *Nuovo Distretto* è troppo complesso per essere affrontato sinteticamente e, pertanto, in questo paragrafo si forniranno soltanto alcuni spunti di riflessione essenziali (Fig. 10).

Il Nuovo Distretto deve, innanzitutto, essere concepito come un vero e proprio *sistema*, con un livello di responsabilità e di organizzazione molto più complesso dell'attuale, il che implica una revisione critica e un potenziamento delle principali funzioni.

- **Organizzazione dei servizi e gestione della produzione interna.** A tale riguardo, al centro della Fig. 10 vengono elencate le *Aree fondamentali* (Assistenza Primaria, Area *Empowerment* ecc.), che dovranno essere riorganizzate alla luce degli scenari del DM 77 e degli Accordi con le parti convenzionate.

Fig. 10

Verso il potenziamento e la riqualificazione del distretto



Nella parte destra della figura si menzionano alcune delle *Are di responsabilità* del Distretto (Supporto AFT, Gestione UCCP ecc.) – da costruire *ex novo* e/o da potenziare a seconda del loro grado di sviluppo nei diversi contesti – indispensabili per svolgere le nuove funzioni alle quali il Distretto è preposto.

- **Programmazione.** Cioè un processo profondo di *contestualizzazione dei piani strategici* dell’Azienda, il che implica un potenziale di rilevazione e analisi di dati su diversi campi e aree strategiche, oltre a capacità e strumenti di monitoraggio e valutazione delle performance.
- **Committenza interna** (assegnazione degli obiettivi e conseguenti funzioni di valutazione del personale dipendente e condivisione di programmi, obiettivi e valutazione anche con i *Convenzionati interni*,

come previsto dai relativi ACN) e *committenza esterna* (rivolta ai *Convenzionati esterni*).

- **Integrazione** tra tutte le componenti territoriali che fanno parte del Distretto e i Servizi che con esso si interfacciano (*in primis* gli Ospedali e i Dipartimenti aziendali: si pensi, solo per fare un esempio, ai PDTA integrati Territorio-Ospedale e al fondamentale collegamento del Dipartimento Prevenzione o Salute Mentale o Materno-Infantile con i PLS e i MMG).

È evidente, quindi, la necessità, in particolare per lo sviluppo di tale area, del potenziamento dei Distretti non solo in termini di risorse umane ma anche di competenze specifiche e di nuovi strumenti tecnologici per gestire efficacemente le difficili interfacce tra i Servizi (e tra i diversi professionisti chiamati a operare in

team), il raccordo con le nuove *sovrastrutture* del PNRR e del DM 77 (COT, Teleassistenza-Telemedicina), oltre all'integrazione con l'ospedale e con il Sociale (vedi, in particolare, i potenziali di integrazione tra le Missioni 5 e 6 del PNRR).

- **Governance.** Questo concetto è centrale nelle nuove funzioni alle quali è chiamato il Distretto, che nei futuri scenari dovrà svolgere il ruolo di “promotore e attore primario” della governance di un *sistema multicentrico*, cioè una componente qualificata ed esperta con un alto livello di responsabilità, che dovrà, quindi, essere messo nelle condizioni di tessere, sviluppare e gestire le *connessioni* tra i diversi stakeholder, sia interni, sia esterni, *in primis* la Comunità e le sue espressioni organizzate.

Tutto questo per il Distretto implica, innanzitutto, *forza del mandato* e anche potenziamento di personale e tecnologie, sviluppo di nuove competenze e costruzione di strumenti per la gestione efficace delle relazioni e della mediazione tra i diversi punti di vista. In altre parole, anche nuove competenze e abilità per saper promuovere, co-costruire e gestire un *complesso contesto* (da *con-textus*, “tessuto insieme”) che sia la base per *creare sistema* e per saperlo mantenere.

Considerata la complessità dei nuovi scenari del DM 77, che implicano, *in primis*, una profonda rivisitazione

delle premesse logico-concettuali e degli orientamenti dei servizi e dei professionisti, l'uso dello strumento della *formazione* appare fondamentale, in particolare della *formazione sul campo* (*on the job*)⁶, che, attraverso un approccio contestualizzato e *data-driven* e attraverso un adeguato processo di accompagnamento esperto al fare (*coaching*), può essere in grado di aiutare a consolidare i nuovi paradigmi e anche i concreti processi di innovazione organizzativa e operativa delle reti e delle prassi integrate.

Vale la pena di ricordare, peraltro, che le nuove formule aggregate e integrate, AFT e UCCP, delle componenti convenzionate, oltre alla produzione, sono preposte a condividere processi di apprendimento e buone pratiche (come già il lontano ACN 2009 della M.G. indicava agli Artt. 26 bis e 26 ter). Pertanto, nei processi formativi che le Regioni sono chiamate ad attuare nel prossimo futuro è opportuno che i processi formativi non vengano esclusivamente indirizzati al management ma siano ben più diffusi e mirati a generare anche apprendimento tra pari attraverso la costituzione di “comunità di pratica” multiprofessionali secondo i principi di *learning organization*, auspicabilmente proprio sugli obiettivi prioritari concordati e sui nuovi disegni di reti integrate.

⁶ A tale riguardo, si ricorda la Misura 6, Componente 2 – Sub-investimento 2.2 del PNRR, che prevede che le Regioni organizzino specifici corsi di formazione manageriale correlati al sostegno attuativo del PNRR.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson G., Bateson M.C. (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi.
- Baveno VII e VI (2021). Renewing consensus in portal hypertension e Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatology*, 2022 Apr., 76(4): 959-974. DOI: 10.1016/j.jhep.2021.12.022.
- Campbell D.J.T. et al. (2013). Use of chronic disease management programs for diabetes In Alberta's primary care networks. *Can Fam Physician*, 59: e86-92.
- Cavallo M.C., Del Vecchio M. (1997). Disease Management: un approccio sistemico alla gestione delle patologie croniche. *Mecosan*, 20: 8-16.
- Ceruti M. (2015). *La fine dell'onniscienza*. Roma: Studium.
- Cramm J.M. et al. (2015a). Disease Management: The Need for a Focus on Broader Self-Management Abilities and Quality of Life. *Population Health Management*, 18(4): 246-255. DOI: 10.1089/pop.2014.0120.
- Cramm J.M. et al. (2015b). Chronically ill patients' self-management abilities to maintain overall well-being: what is needed to take the next step in the primary care setting?. *BMC Family Practice*, 16: 123. DOI: 10.1186/s12875-015-0340-8.
- Dusheiko M. et al. (2015). Quality of Disease Management and Risk of Mortality in English Primary Care Practices. *HSR: Health Services Research*, 50(5). DOI: 10.1111/1475-6773.12283.
- Emanuel E.J. (2012). Where are the health care cost savings?. *JAMA*, 307(1): 39-40.
- Health Quality Ontario (2013a). Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*, 13(6): 1-41, -- <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/full-report-continuity-care-ocdm-130906-en.pdf>.
- Health Quality Ontario (2013b). Specialized Nursing Practice for Chronic Disease Management in the Primary Care Setting: An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(10): 1-66.
- Hisashige A. (2013). The Effectiveness and Efficiency of Disease Management Programs for Patients with Chronic Diseases. *Global Journal of Health Science*, 5(2): 27-48. DOI: 10.5539/gjhs.v5n2p27.
- Hunter D.J., Fairfield G. (1997). Managed care: disease management. *BMJ*, 315: S. DOI: 10.1136/bmj.315.7099.50.
- Kuhn T.S. (1969). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino: Einaudi Ed.
- Lemmens M.M.K. et al. (2011). Evaluation of a large scale implementation of disease management programmes in various Dutch regions: a study protocol. *BMC Health Services Research*, 11(6). DOI: 10.1186/1472-6963-11-6.
- Mantoan-Borghini (2021). Potenziamento dell'assistenza sanitaria. *Monitor*, 45: 12.
- Nasmith L. et al. (2010). Kaiser Permanente's risk stratification model- Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results. Ottawa, Canadian Academy of Health Sciences.
- Nikitovic M. et al. (2013). Health Technologies for the Improvement of Chronic Disease Management: A Review of the Medical Advisory Secretariat Evidence-Based Analyses Between 2006 and 2011. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(12): 1-87.
- Rijken M. et al. (2012). Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients needs?. *Health Expectations*, 17: 608-621. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x.
- Wagner E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, 320: 569-572.
- Wenger E. (2006). *Comunità di pratica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Per gli ACN Medicina Generale, Specialistica ambulatoriale e Pediatria di Libera scelta, consulta: SISAC-Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati: <https://www.sisac.info/default.do>.