

## **Premessa. Il dibattito manageriale sul governo del territorio**

*di Elio Borgonovi, Presidente Cergas-Bocconi*

Questo volume interpreta bene cinque principi dell'economia aziendale. Innanzitutto la scelta dell'oggetto sulla base della sua rilevanza. Infatti, il tema della cronicità si è imposto a seguito dello sviluppo delle conoscenze medico-scientifiche e assistenziali che da un lato hanno consentito il trattamento di situazioni di salute che in passato non potevano essere affrontati positivamente e dall'altro un allungamento della vita. Ciò ha determinato un significativo cambiamento anche sul piano economico in quanto una quota rilevante della spesa per la tutela della salute viene assorbita da persone con patologie croniche. Ad esempio, in Italia tale quota si aggira tra il 65-70% del totale della spesa e dati analoghi si hanno nei paesi economicamente progrediti.

In secondo luogo, la ricerca, di cui vengono riportati i risultati, si basa sul principio dell'analisi per processi. Nelle aziende si svolgono operazioni, attività il cui significato può essere compreso solo inserendolo in una sequenza che identifica processi di tipo tecnico (ad esempio la trasformazione di materie prime in prodotti), di diagnosi, cura e assistenza (nel caso della tutela della salute), economici (che determinano i costi e le correlazioni tra ricavi e costi nelle imprese, tra finanziamenti e spese nelle aziende sanitarie). Per molto tempo la tutela della salute ha fatto riferimento a concetti quali "atto medico o assistenziale", "operazione", "trattamento", che non di rado sono stati considerati separatamente da altri atti, operazioni, trattamenti. Lo sviluppo delle conoscenze e l'aumento della complessità organizzativa hanno evidenziato che l'ottimizzazione di singoli atti, operazioni, trattamenti non coincide con il migliore livello di tutela della salute. Questo accade per le patologie acute, ma in misura maggiore per le condizioni di cronicità. L'approccio di tipo processi diagnostici, terapeutico - assistenziali (PDTA)

consente di superare concretamente i limiti di modelli assistenziali, organizzativi e gestionali che si sono rivelati sempre più inadeguati non solo sul piano della risposta a bisogni reali dei pazienti, ma anche sul piano economico.

In terzo luogo, viene recuperato il principio della stretta correlazione tra processi tipici di una azienda, nel caso specifico quelli di tutela della salute che sono molto diversi da quelli di produzione di beni materiali o di servizi che non hanno il rango di “diritti della persona” (es. servizi turistici, finanziari ecc.), e processi economici. Infatti, l’approccio per PDTA non si limita alla ricostruzione di appropriate sequenze di atti, operazioni e trattamenti rivolti a pazienti cronici, ma consiste nel collegare ad essi i consumi (farmaci, accertamenti, visite) e di costi. La sostenibilità di sistemi di tutela della salute in paesi con popolazione che vive sempre più a lungo, caratterizzata da patologie croniche, può essere perseguita agendo sull’appropriatezza degli interventi sul piano medico-assistenziale, sulla definizione di corretti modelli organizzativi (nel caso specifico il trattamento delle cronicità nel cosiddetto setting territoriale e non ospedaliero), sulla rilevazione dei costi. Agendo su queste tre variabili è possibile affrontare il tema generale della limitatezza delle risorse rispetto ai bisogni in termini di razionalizzazione dell’offerta e non di razionamento della domanda, ossia di riduzione dei livelli assistenziali. Il vero progresso non consiste nella possibilità di fare cose e di rispondere a bisogni sempre più complessi per pochi, ma nell’allargare le opportunità per un numero sempre più ampio di persone, nel caso specifico nell’accrescere le opportunità di convivere a lungo e con buona qualità di vita con patologie croniche.

Il quarto principio consiste nella triade conoscere, capire, cambiare. Essa accomuna le conoscenze di tipo economico-aziendale, a quelle delle scienze medico-scientifiche, se si preferisce, delle scienze umane e dell’assistenza. È il principio della evidence based che consente di passare da conoscenze di tipo astratto alla loro verifica nel concreto con dati rilevati secondo chiare ed esplicite metodologie. È appena il caso di sottolineare che, al contrario di quanto spesso affermato, non esistono dati oggettivi, poiché essi dipendono dalla scelta di metodo e dalle tecniche di rilevazione. In particolare, esso collega il metodo deduttivo con quello induttivo. Infatti, da tempo le conoscenze medico-scientifiche hanno evidenziato che ictus, scompenso cardiaco, tumore polmonare, artrite reumatoide e BPCO (le cinque patologie prese in esame dalla ricerca) possono essere trattate nel contesto territoriale, salvo episodi di acutizzazione che richiedono il ricovero, ma in molti casi queste conoscenze non sono state applicate concretamente in mancanza di un’adeguata organizzazione dell’offerta. Medici di medicina generale, specialisti, ambulatori, altre strutture sul territorio spesso operano separatamente in modo non coordinato e quindi i pazienti e le loro famiglie

sono lasciati a processi in larga parte di auto cura o ricorrono con maggiore frequenza a ricoveri ospedalieri inappropriati. Allo stesso modo, le conoscenze aziendali hanno da tempo enunciato che sul piano economico l'ottimizzazione dell'intero processo assistenziale comporta costi inferiori a quelli sostenuti a seguito di trattamenti per i singoli eventi (es. ricoveri in ospedale, ricorso ad accertamenti non programmati e non coordinati ecc.). In altre parole, l'ottimo generale di processo è migliore della somma degli ottimi parziali di singoli atti e attività. L'analisi di 11 aziende sanitarie ha consentito di rilevare induttivamente dati di cui è stata verificata la significatività (conoscenza), di interpretarli (comprensione) e utilizzabili per migliorare (cambiamento consentito dal confronto con la metodologia del benchmarking).

Il quinto principio fa riferimento alle finalità della ricerca aziendale. Essa infatti non è finalizzata alla pura conoscenza, ma alla attivazione di processi di cambiamento. Va superata la astratta, e per molti aspetti stucchevole, distinzione tra ricerca scientifica e ricerca applicata. La prima sarebbe caratterizzata dall'utilizzo di "rigorose metodologie scientifiche" (di tipo quantitativo, che oggi sembrano essere dominanti, o di tipo qualitativo), mentre la seconda farebbe riferimento a problemi concreti. A parere di chi scrive, la distinzione va fatta tra ricerche che si propongono di confermare con metodi rigorosi (es. trattamento di banche dati sempre più ampie, indagini empiriche sempre più estese, conoscenze già consolidate o che sono poco rilevanti nel concreto), tra ricerche che approfondiscono in termini rigorosi singoli aspetti particolari dell'azienda, senza considerare le relazioni di interdipendenza con altre parti, e ricerche che adottano una visione unitaria della gestione, tra ricerche che propongono soluzioni ottimali partendo da ipotesi semplificatrici e irrealistiche e ricerche che tentano di individuare soluzioni "fattibili" (ossia che tengono conto di condizioni del mondo reale). In definitiva tra buona e cattiva ricerca, tra ricerca fine a se stessa e ricerca che serve ai decisori delle politiche (pubbliche o delle aziende), ai manager, agli operatori per rispondere meglio ai bisogni, nel caso specifico ai bisogni di salute di pazienti con le cinque patologie considerate.

La ricerca condotta dal Cergas dell'Università Bocconi con FIASO (laboratorio per il governo del territorio) su standard per le patologie croniche ha indubbiamente il crisma della buona ricerca per i seguenti motivi. È stata progettata sulla base di un rigoroso paradigma interpretativo sviluppato da Valeria Tozzi in molti anni di analisi della letteratura e di esperienze concrete e presentato nel primo capitolo, nel quale sono espresse "le specificità" di metodo e di contenuto dell'approccio per processi nell'ambito della tutela della salute. È stata condotta scegliendo undici aziende sanitarie che hanno adottato innovativi modelli organizzativi di governo del territorio e di presa in carico dei pazienti con cinque patologie che toccano un numero rilevante di pazienti. È stata realizzata in un arco di tempo significativo (tre anni) con una

organizzazione che ha coinvolto ricercatori accademici (responsabili della metodologia presentata da V. D. Tozzi e nel paragrafo 2), e di operatori (responsabili per la scelta delle coorti dei pazienti, presentata nel paragrafo 3, e per la raccolta e verifica della qualità dei dati). Ha trovato un primo livello di validazione tramite il metodo comparativo che ha consentito di mettere a confronto le diverse soluzioni assistenziali e organizzative riferite a problematiche comuni. L'impianto metodologico consentirà facilmente di estendere la ricerca ad altre realtà, o di attuare confronti con altre ricerche condotte con metodi simili o comunque comparabili. La ricerca del laboratorio FIASO intende contribuire alla creazione di evidenze che, aggiunte ad altre evidenze, consentiranno di migliorare il livello di conoscenze.

I paragrafi centrali della prima parte sono dedicati alla presentazione dei dati, rispettivamente le coorti delle cinque patologie (paragrafo 4), i consumi per ognuna di esse (paragrafo 5), i costi medi (paragrafo 6). Assume particolare rilievo il fatto che la ricerca utilizza dati amministrativi con il duplice vantaggio di evitare costi di rilevazioni ad hoc e di avere la validazione derivante dall'uso corrente dei dati. La conoscenza su questi tre aspetti riferiti alle cinque patologie costituiscono la base per l'individuazione di modelli organizzativi in grado di dare migliori risposte alle esigenze di pazienti cronici e di mantenere condizioni di economicità e di elaborare risposte di finanziamento correlati alla presa in carico del paziente e non al trattamento di eventi di salute, come è il caso dei DRG per i ricoveri ospedalieri (paragrafo 7 di Morando e Longo).

Le conclusioni della prima parte, affidate a V. D. Tozzi, possono essere interpretate come "fare il punto della situazione per rilanciare ricerche future". Nella seconda parte del volume si affronta con la metodologia dei "casi di studio" il tema della innovazione e del cambiamento. Si è cercato di individuare ASL che per le singole patologie potessero rappresentare in un certo senso una "buona pratica" non da copiare, ma da cui trarre utili indicazioni non solo sugli obiettivi che ognuna di esse si era data, ma soprattutto sulle modalità con cui essi sono stati perseguiti. Molte teorie sulle formule competitive che fanno riferimento alle best practice e a comportamenti di leader e follower tendono a indicare esplicitamente o implicitamente che la migliore politica per i follower è quella di ripetere e riprodurre i comportamenti del leader. Altre teorie indicano che "il successo delle imprese" consiste nella ripetizione standardizzata delle soluzioni (cosiddetta formula Mac Donald, Starbucks, catene di hotel, che riproducono esattamente lo stesso layout). Mentre queste logiche, o logiche molto simili riferite a principi di standardizzazione e ripetitività, possono essere in gran parte applicabili a contesti (setting) ospedalieri per il trattamento delle patologie acute, esse non possono essere sicuramente applicate al trattamento di pazienti cronici in contesti/setting territoriali. Ogni realtà deve costruirsi una

propria traiettoria verso modelli di presa in carico dei pazienti e di organizzazione dell'offerta secondo la logica PDTA, che sarà tanto più rapida e più efficace quanto maggiore sarà la capacità di “apprendere” da quanto altre ASL hanno già fatto.

Nella seconda parte si passa dalla analisi e interpretazione in generale della strategia di cambiamento nella AUSL di Bologna (paragrafo 10) alla trattazione delle specifiche esperienze di PDTA e organizzazione a rete per le singole patologie.

In conclusione si può dire che questo testo consente al lettore di avere una visione a spettro ampio di aspetti di metodologia della ricerca e di contenuti specifici su modelli assistenziali innovativi. Quindi è una lettura sicuramente utile sia per ricercatori, sia per professionisti (medici, infermieri, operatori socio-sanitari ecc.), manager di aziende sanitarie, decisori di politiche a livello regionale e nazionale che intendono incentivare, anche tramite innovative forme di finanziamento, la transizione verso modelli assistenziali più avanzati che consentono di migliorare il rapporto tra appropriatezza, efficacia dell'assistenza (outcome), qualità dei servizi (collegata a processi e non a singoli atti medici o assistenziali), efficienza e costi.

*Milano, 18 giugno 2014*



## **Prefazione. Le ragioni della ricerca**

*di Paolo Cavagnaro, Vice Presidente FIASO*

Non è la prima volta che FIASO presenta una ricerca sui Percorsi Assistenziali, ma forse mai come oggi la Federazione è in grado di restituire al sistema sanitario un quadro puntuale, approfondito, ampio, e siamo certi anche utile, per l'organizzazione del sistema di assistenza sul territorio.

La ricerca si pone come studio conclusivo di un percorso triennale che ha visto impegnati, oltre alla struttura centrale della Federazione e i ricercatori del Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria dell'Università L. Bocconi (Cergas), con il sostegno incondizionato di Roche, soprattutto i professionisti del SSN che operano sul territorio all'interno delle strutture sanitarie pubbliche di tutta Italia; sono essi, infatti, a organizzare e gestire i percorsi nei quali quotidianamente i cittadini con patologia cronica trovano cura, assistenza e sostegno.

La ricerca sui "PDTA standard per patologie croniche" si inserisce all'interno dello sviluppo delle attività del Laboratorio FIASO dedicato al 'Governato del Territorio'. Tali attività si sono dipanate in più fasi, tra loro correlate e profondamente interconnesse, ciascuna propedeutica alla successiva: dalla proposta di un modello per il governo del territorio all'osservazione di una metodologia condivisa per l'organizzazione e la valutazione dei percorsi assistenziali; dalla misurazione dell'integrazione delle cure tra professionisti all'influenza del processo di budget sul comportamento dei dirigenti territoriali. FIASO ha offerto informazioni, spunti e riflessioni rilevanti per il Sistema Sanitario, sempre più volto all'offerta di assistenza territoriale perché è a questo livello che si connota sempre più la domanda di salute proveniente dai cittadini, e perché, in questo ambito rispetto a quello ospedaliero, risultano essere ancora poche le conoscenze consolidate in termini di metodologie, strumenti operativi ed esperienze di riferimento.

Oggi FIASO presenta quindi uno studio che ha preso le mosse dalla necessità di identificare e standardizzare nel territorio pacchetti omogenei di prestazioni

in maniera da poterli correlare in futuro a un sistema di ‘tariffe’ condivise. Si tratta dell’approccio esistente nei sistemi ospedalieri e che oggi, di fronte alle sempre più scarse risorse a disposizione delle Aziende sanitarie, si è inteso cercare di adattare anche alla realtà più complessa ma meno ‘produttiva’ dell’assistenza territoriale. FIASO, d’accordo con i ricercatori Cergas, ha individuato cinque patologie croniche per le quali approfondire consumi, appropriatezza e costi dei percorsi assistenziali: ictus, scompenso cardiaco, tumore polmonare, artrite reumatoide, BPCO.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) riproducono processi erogativi per problema di salute che vengono anche denominati “primari” perché rappresentano i processi *core* dell’Azienda sanitaria e perché nella loro gestione si sostanzia il mandato istituzionale delle Aziende SSN. In quanto processi aziendali possono essere gestiti e monitorati attraverso i sistemi operativi aziendali anche se i “confini” dei PDTA sono correlati alle fasi evolutive della patologia e possono anche essere sovra aziendali.

I PDTA, infatti, non sono altro che lo strumento con cui le ASL, secondo una strategia che coinvolge in maniera integrata diversi professionisti e funzioni, attuano l’assistenza centrata sul paziente con la sua presa in carico attuata rispetto al contesto e alle risorse disponibili e valutata in termini di qualità e di aderenza alle linee guida scientifiche internazionali nei diversi passaggi clinico assistenziali. In questo contesto, l’attività per ciascun paziente si concretizza attraverso profili di cura codificati che vanno dal momento della diagnosi e di trattamento fino al follow up del paziente cronico.

Lo studio di FIASO che viene qui presentato incentrato su “PDTA standard per patologie croniche” nasce:

- dalla volontà di porre l’attenzione sui processi con cui le Aziende del SSN producono servizi;
- dall’idea di utilizzare i dati amministrativi per ricavarne informazioni sul PDTA di alcune patologie croniche territoriali;
- dalla convinzione che sia necessario analizzare i percorsi ricorrendo a un mix di competenze organizzative e sanitarie;
- dal proposito di valorizzare economicamente il PDTA medio per ciascuna patologia, allo scopo di arricchire le informazioni per le scelte di gestione.

Su queste basi, lo studio in oggetto ha adottato un approccio metodologico fatto di tre punti: a) l’identificazione della popolazione per singola patologia, b) la successiva raccolta dei dati sui consumi sanitari dei pazienti identificati e la loro presentazione in forma aggregata, c) la valorizzazione economica dei consumi per ogni singolo percorso.

Dopo la condivisione della suddetta metodologia con le ASL partecipanti al Laboratorio, i ricercatori hanno avviato la loro attività delineando le

informazioni, per ciascun percorso assistenziale, che le Aziende avrebbero dovuto fornire. Sono stati così richiesti e investigati i dati sui ricoveri, gli accessi al pronto soccorso, i bisogni farmaceutici, l'assistenza domiciliare, le prestazioni specialistiche, protesiche e integrative dei pazienti cronici afferenti al campione selezionato dalle singole ASL rispetto ad un predefinito stadio della malattia. A questo punto sono stati rilevati i rispettivi consumi e identificato il mix di consumi per patologia, momenti propedeutici all'individuazione del mix medio di consumi per percorso assistenziale e degli scostamenti intra e inter-aziendali.

Lo studio offre spunti importanti per il governo clinico ed economico dell'attività assistenziale sul territorio e per la gestione delle sempre più diffuse cronicità. Il lettore, che sia un clinico o meno, siamo certi troverà di che riflettere tra le molte considerazioni cui è arrivata la ricerca. Un quadro davvero molto ampio ma allo stesso tempo anche ben definito, che offre, nel rispetto dei propositi iniziali del Laboratorio, un metodo di ragionamento e di gestione dell'analisi dei consumi stratificata su differenti livelli di complessità del bisogno. Se ne deduce, questo è certo, che ogni intervento di modifica dei modelli di presa in carico e/o di funzionamento della rete di offerta dovrà prendere le mosse dall'analisi di quello che effettivamente oggi si registra nella gestione dei PDTA.

L'auspicio di FIASO è di aver reso un'analisi che sia utile alle direzioni strategiche aziendali, ai professionisti che operano nei PDTA, ai cittadini e alle Istituzioni a ogni livello che dovranno nel prossimo futuro organizzare la salute nel territorio.



## **Percorsi di salute: integrazione, sostenibilità e PDTA territoriali**

*di Maurizio de Cicco, Amministratore Delegato Roche S.p.A.*

Con il progetto Laboratorio FIASO “Governo del Territorio PDTA Standard per patologie croniche” si è voluto individuare il PDTA realmente agito su pazienti affetti da determinate patologie croniche in alcune ASL attraverso la rilevazione dei consumi associati al loro trattamento dei pazienti, la valorizzazione economica del PDTA medio per ciascuna patologia e l’analisi del percorso rispetto alla rete di offerta dei servizi territoriali.

E’ stato fondamentale confrontare i percorsi reali con le evidenze scientifiche, attraverso il coinvolgimento di medici specialisti esperti, per evidenziare gli scostamenti ed individuare possibili aree di miglioramento.

Per tutte le patologie croniche prese in esame, tumore al polmone (in fase terminale), BPCO, ictus, scompenso cardiaco e artrite reumatoide, la sfida principale sia per il Clinico che per il Manager, in questo periodo di sempre maggiori difficoltà economiche per il SSN, è rappresentata dalla definizione dei migliori percorsi assistenziali e processi organizzativi sanitari in grado di generare recuperi di efficienza e risparmi.

Da un lato per garantire il rispetto dei conti pubblici e dall’altro appropriatezza di cura e per assicurare a tutti i pazienti eleggibili il pieno accesso ai farmaci innovativi nei diversi contesti regionali.

L’integrazione delle varie competenze cliniche e manageriali unitamente alle voci dei pazienti, rappresenta lo strumento migliore per ricercare e realizzare qualità, appropriatezza ed efficienza nei servizi sanitari. Sicuramente una valida alternativa al razionamento delle risorse.

Roche, in qualità di Azienda leader nella Salute, ha da tempo associato e consolidato questo ruolo di partner delle Istituzioni Sanitarie alla propria mission iniziando a fare oggi quello di cui i pazienti avranno bisogno domani.

Per garantire l'accesso ai propri farmaci innovativi, Roche ha instaurato nuove forme di cooperazione con le Autorità Regolatorie, offrendo differenti meccanismi di rimborso, basati sia sulla condivisione del rischio che sulla dimostrazione di reale efficacia nella pratica clinica.

L'inserimento di farmaci innovativi porta a favorire nuovi modelli di gestione clinica del paziente. Numerose sono le evidenze scientifiche sul valore dei Percorsi Diagnostico Terapeutici in area oncologica, che vedono ridimensionata l'incidenza dei costi dei farmaci innovativi, se confrontati con i costi complessivi del percorso di cura sostenuti dal SSN.

I risultati dei vari progetti sui PDTA evidenziano soprattutto la necessità di nuovi criteri di allocazione delle risorse e di nuovi meccanismi di finanziamento da assegnare in base ai costi del reale percorso clinico-assistenziale del paziente.

L'analisi dei consumi associati ai pazienti affetti da patologie croniche, la valorizzazione economica del PDTA medio per ciascuna patologia, unitamente all'analisi del percorso rispetto alla rete dei servizi per patologia risponde al bisogno di centralità del paziente e di appropriatezza terapeutica e organizzativa.

Questi valori rappresentano la base e il presupposto per rendere sostenibile l'innovazione.