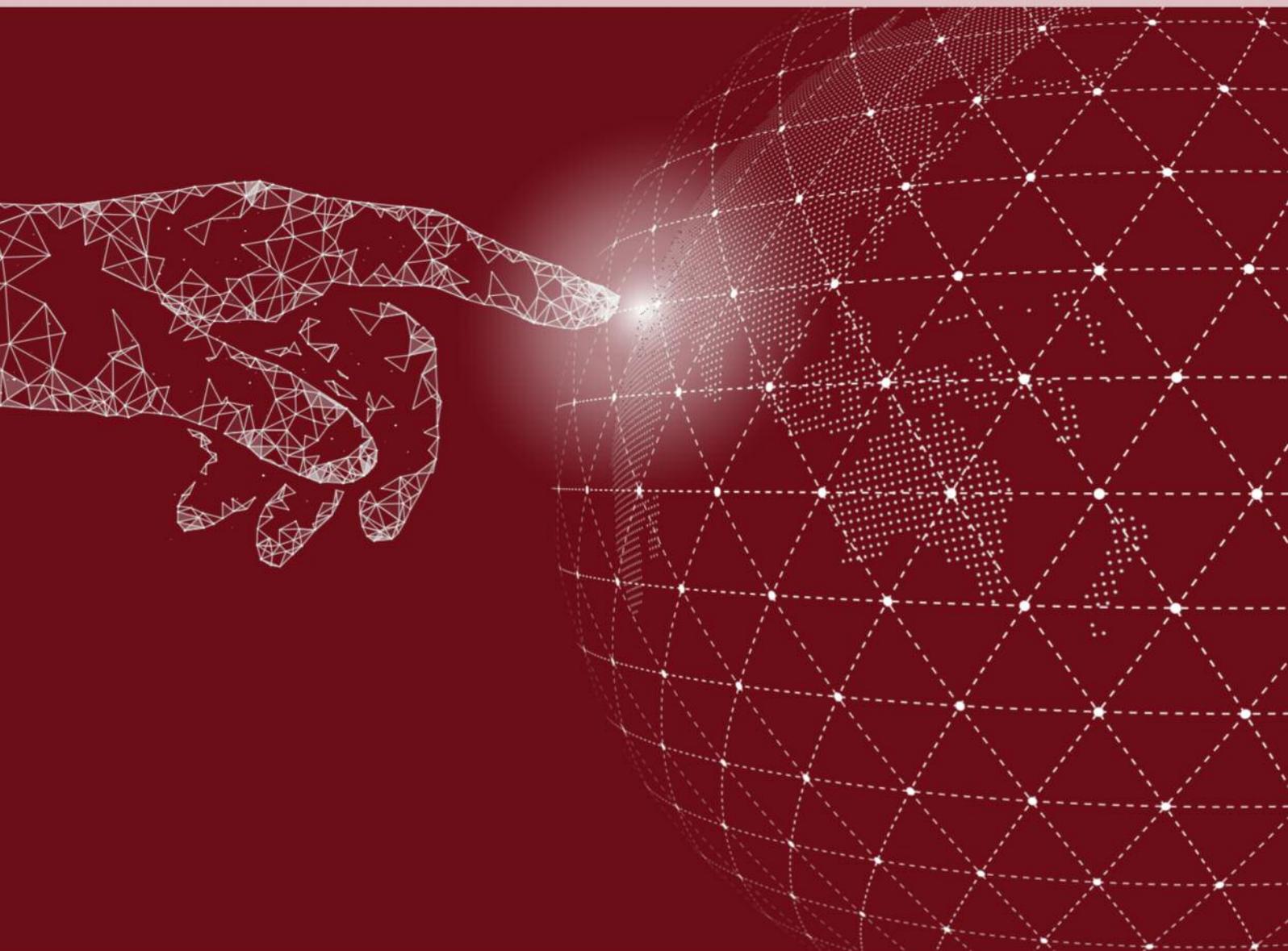


LE SFIDE DI OGGI PER LA SANITÀ DI DOMANI

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: DESTINAZIONE FUTURO





VI.H.T.A.L.I. (Value in Health Technology and Academy for Leadership and Innovation - www.vihtali.it) è uno spin-off accademico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore creato per promuovere l'innovazione e la ricerca sui servizi sanitari fornendo un contributo altamente qualificato in tema di miglioramento dei risultati di salute della popolazione ed evoluzione dei modelli di presa in carico delle patologie nel rispetto del delicato rapporto tra accesso dell'innovazione e sostenibilità del sistema.

Lo scopo di V.I.H.T.A.L.I. è di garantire supporto alla realizzazione di interventi sanitari *evidence based*, affidabili e riproducibili, diffondendo nelle organizzazioni l'approccio della medicina di popolazione e promuovendo le innovazioni della medicina personalizzata all'interno del settore sanitario. Inoltre, obiettivi di V.I.H.T.A.L.I. sono il trasferimento sistematico delle conoscenze e competenze attraverso l'identificazione dei più importanti quesiti della ricerca biomedica e la realizzazione di progettualità inclusive della prospettiva di tutti i portatori di interesse sul dato problema di salute, disseminandone i risultati in modo trasparente e metodologicamente fondato a supporto dei decisori ed utilizzatori finali.

L'aggiornamento continuo delle conoscenze scientifiche permettono ai consulenti V.I.H.T.A.L.I. di formare un perfetto ponte tra l'esperienza accademica e le esigenze del mercato. Difatti, un team di professionisti con rilevanti esperienze in ambito di ricerca accademica, di management sanitario e di approccio al mercato, attraverso V.I.H.T.A.L.I., fornisce elevate competenze tecnico-scientifiche in particolare nelle aree:

- Ricerca su Sistemi e Politiche Sanitarie;
- Analisi Informazioni Sanitarie e *Data Analytics*;
- *Health Technology Assessment*;
- *Value Based Medicine* e *Value Based Health Care*.



L Aiop Giovani è la sezione costituita nel 2002 da Emmanuel Miraglia allora Presidente nazionale, con l'approvazione del nuovo Statuto dell'Associazione. Lo scopo era quello di creare uno spazio di dibattito e una palestra di formazione di giovani imprenditori della sanità privata che curasse anche il passaggio generazionale all'interno dell'Aiop. Ne fanno parte i legali rappresentanti delle istituzioni aderenti all'Aiop, o i loro figli, con età minore di 40 anni. Ad oggi sono costituite 12 sezioni regionali: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, e 2 provinciali: Trento e Bolzano. Dal 2002 a oggi Aiop Giovani è cresciuta diffondendo la sua attività sia internamente che esternamente all'Associazione, creando una realtà in cui confrontare esperienze e percorsi universitari diversi, creando comunicazione e dando vita a nuove idee. Le relazioni nazionali e internazionali curate in questi anni e le competenze tecniche maturate sono l'occasione per migliorare e amplificare quanto fatto finora. Tutto ciò servirà per un confronto istituzionale che nei prossimi anni si preannuncia sempre più complesso.

LE SFIDE DI OGGI PER LA SANITÀ DI DOMANI

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: DESTINAZIONE FUTURO



La presente pubblicazione è stata curata da **VIHTALI** – (Value in Health Technology and Academy for Leadership and Innovation) - Spin off dell'**Università Cattolica** attraverso una stretta collaborazione con l'**Aiop Giovani** – Associazione Italiana Ospedalità Privata. È stato costituito allo scopo un apposito gruppo di lavoro scientifico misto, composto da: **Sir. Miur Gray**, Professore Emerito, Oxford University, UK, Coordinatore scientifico Better Value Health Care; **Alessandro Campana** – Senior Advisor VIHTALI; **Andrea Silenzi**, MD, PhD, Program Manager VIHTALI; **Paolo Parente**, MD, PhD, Researcher VIHTALI; **Emanuela Frisicale**, MD, PhD, Researcher VIHTALI; **Daniele Ignazio La Milia**, MD, Researcher VIHTALI; **Alice Borghini**, MD, Istituto di Sanità Pubblica Università Cattolica del Sacro Cuore; **Gaetano Tumbarello**, MD, Istituto di Sanità Pubblica Università Cattolica del Sacro Cuore; **Lorenzo Miraglia**, Presidente Aiop Giovani; **Matteo Bonvicini**, vice Presidente Aiop Giovani Area Nord; **Gianni Costa**, vice Presidente Aiop Giovani Area Centro; **Luca Valerio Radicati**, vice Presidente Aiop Giovani Area Sud; **Giulia De Leo**, Presidente Aiop Umbria; **Gaia Garofalo**, Presidente Aiop Giovani Lazio; **Massimo Fiorella**, V/Presidente Aiop Giovani Lazio; **Barbara Miraglia**, V/Presidente Aiop Giovani Lazio; **Monica Ingaglio**, Aiop Giovani Lazio; **Angelo Cassoni**, Responsabile Ufficio Studi Aiop; **Fabiana Rinaldi**, Responsabile Ufficio Comunicazione Aiop.

Un ringraziamento per il contributo apportato alla ricerca va al Professor **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità.

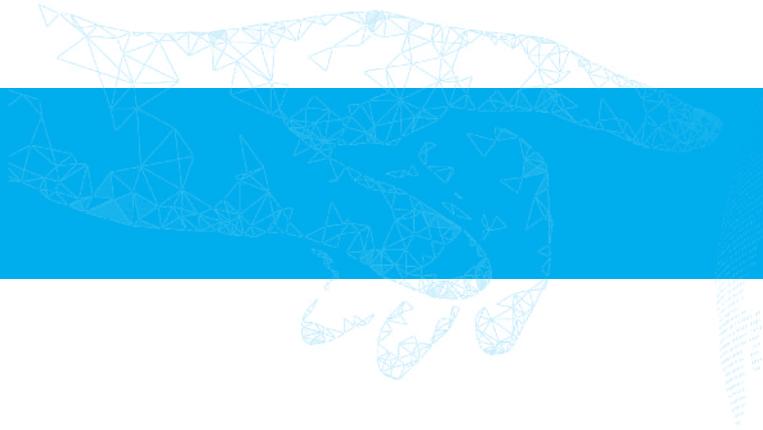
Progetto grafico: **Andrea Albanese**, Aiop

Stampato nel mese di maggio 2018
da Stampa Grafica 96 - Roma

Si ringrazia **Balestra s.r.l.** per la stampa

©Tutti i diritti sono riservati. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, commerciale o comunque per uso diverso da quello personale - ad esempio Corsi di formazione - possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da **Aiop Sede Nazionale**, via Lucrezio Caro 67, 00193 Roma - email: segreteria.generale@aiop.it

I lettori che desiderano informarsi sui libri e gli studi da noi pubblicati possono consultare i nostri siti internet:
www.aiopgiovani.it - www.aiop.it - www.aioptv.it



Prefazione	
Lorenzo Miraglia, <i>Presidente Aiop Giovani</i>	5
Introduzione	7
Sezione di analisi	13
Capitolo 1 - Innovazione e sistemi sanitari innovativi	15
Capitolo 2 - Swot analysis dei sistemi sanitari in esame	41
Capitolo 3 - L'Italia a confronto negli ultimi 15 anni	61
Capitolo 4 - Scenari di evoluzione della spesa sanitaria privata in Italia	77
Capitolo 5 - Ruolo futuro dei fondi integrativi e sostitutivi e delle assicurazioni	85
Sezione di proposta e strategie	91
Capitolo 6 - Strategie e azioni tese alla valorizzazione dei punti di forza e al cambiamento dei punti di debolezza individuati	93
Capitolo 7 - Scenari di miglioramento complessivo del sistema salute in Italia in funzione del valore, la parola agli esperti	101
Prospettive	113
Capitolo 8 - Ripensare il Servizio sanitario nazionale 40 anni dopo: la strategia basata sul valore	115
Conclusioni	133
Annex 1	139
Analisi innovazione e sistemi innovativi per paese	
Bibliografia, sitografia e normativa	199

Prefazione

Lorenzo Miraglia

Presidente Aiop Giovani

“**D**irezione Ssn, Destinazione futuro” quale miglior titolo per concludere questo intenso ed entusiasmante ciclo di ricerca, in collaborazione con la Luiss Business School, con Vihtali – *spin off* dell’Università Cattolica del Sacro Cuore e con l’Istituto Superiore di Sanità, che ci ha impegnato come Aiop Giovani in un viaggio, nel senso più proprio del termine, tra i sistemi sanitari mondiali più evoluti per identificare e studiare le migliori pratiche poste in essere e sintetizzarle in una interpretazione di quale dovrebbe essere, a nostro avviso, il modello ideale per la sanità italiana del domani.

Il Sistema sanitario nazionale, fiore all’occhiello ed eccellenza internazionale, compie quest’anno 40 anni come conseguenza al “diritto alla tutela della salute” sancito dalla Carta costituzionale. Questo volume vuole esserne al tempo stesso celebrazione - Direzione Ssn - e augurio di prosperità - Destinazione futuro -, suggerendo leve e modelli organizzativi da implementare perché il nostro rimanga il modello di *governance benchmark* a livello globale.

Molto è cambiato in queste quattro decenni: l’assetto socioeconomico del Paese si è trasformato e di conseguenza anche lo scenario epidemiologico; le aspettative di vita sono sensibilmente aumentate comportando *case mix* assistenziali sempre più traslati da fenomeni acuti verso patologie croniche che richiedono set di cure differenti; la ricerca scientifica e la tecnologia hanno subito una importante accelerazione modificando drasticamente il *modus operandi* nella sanità; infine, i cittadini-pazienti, hanno acquisito sempre maggiore consapevolezza e capacità di scelta tra gli operatori sanitari, chiedendo cure certe, di qualità e possibilmente ad accesso rapido.

Se nel primo volume della ricerca il focus è stato centrato sul trend futuro nell’ambito delle prestazioni sanitarie, nel secondo il topic si è concentrato su ragionamenti idonei a rappresentare i vari modelli di finanziamento e contenimento della spesa, mentre in questo terzo ed ultimo lavoro, lo sforzo è completamente teso a disegnare le linee guida per quella che dovrebbe essere l’implementazione del Ssn nel medio e lungo periodo. A tale scopo, il lavoro è stato articolato in due momenti distinti:

nella prima fase è stata condotta una attenta analisi *swot* indirizzata a evidenziare opportunità e criticità degli otto Sistemi sanitari presi in considerazione, mentre nella seconda fase, in virtù dei risultati raccolti, si è voluto tracciare le direttive di sviluppo più idonee per il Ssn del nostro Paese.

In una dinamica di contenimento, ovvero di taglio, dei fondi destinati alla sanità pubblica e di una popolazione sempre più multicronica, il cui tempo assistenziale aumenta costantemente sia per longevità che per tempo strettamente connesso alla fruizione delle cure, risultano ormai evidenti i limiti del modello *Beveridge*, il modello di *governance* alla base del Ssn italiano; il superamento di questi limiti richiede, dunque, da un lato un ripensamento delle modalità di finanziamento che, al netto del mercato *out of pocket* ancora esiguo in Italia, dovrebbe essere in grado di introiettare modelli integrativi/complementari sulla scorta delle esperienze *Bismarck*, mentre dall'altro richiede una forte revisione dei modelli organizzativi e delle strategie di governo della sanità pubblica stessa.

Senza entrare nel dettaglio di quanto verrà ampliato trattato nelle pagine seguenti, alcune linee di indirizzo risultano, tuttavia, chiare ed evidenti: fare sanità oggi significa avere sempre più chiaro l'intero processo di cure cui il paziente deve sottoporsi, passando cioè da un modello frammentario di procedure ad un modello integrato che abbia come perno centrale il paziente e di cui

vengano monitorati gli *outcome* in una logica sempre più traslata dai volumi di produzione ad un sistema di remunerazione ed incentivi basato sulla sanità di valore (*Value Based Health Care*).

Perché ciò sia raggiungibile è tanto necessario ripristinare le logiche originarie alla base del sistema di accreditamento istituzionale, trasformatosi da modello di concorrenza tra operatore pubblico e privato a strumento di controllo dei budget e della spesa pubblica, quanto è impellente la promozione di un'organizzazione "a rete", strutturata per livelli di intensità di cura, definendo gli interventi da implementare in un'ottica di medicina di popolazione basata sul valore e sulla stratificazione della popolazione in funzione del rischio. A tal fine, risulta necessario sorpassare l'attuale modello "ospedalecentrico" e prendere atto, una volta per tutte, che la riforma del Titolo V ha, di fatto, avallato 21 diversi Sistemi sanitari creando discrepanze nell'accesso alle cure tra i cittadini delle diverse Regioni.

In conclusione, per raggiungere la "Destinazione Futuro", è necessaria una visione della sanità integrata, facilitata dall'utilizzo delle *information technologies* e dei *Big Data*, in grado di creare valore nell'intero processo di cura cui il paziente è centrale, armonizzando la ricerca di modalità integrative di finanziamento e nuovi modelli di remunerazione come i *bundle payment*. Leve che saranno fondamentali per riportare il nostro amato Ssn al ruolo di leadership globale cui è sempre stato riconosciuto. ●

Introduzione

Esattamente 40 anni fa, con la legge n. 833 del 23 dicembre del 1978, nasceva il Servizio sanitario nazionale (Ssn) da più parti riconosciuto come una delle più importanti e concrete applicazioni dei principi della Carta costituzionale della nostra Repubblica. Difatti, poter contare su un'organizzazione nazionale pubblica e statale le cui funzioni, attività e servizi, sono orientati alla promozione della salute del singolo e della collettività, rende effettivo il principio enunciato dall'art. 32 della nostra Costituzione, ovvero il "diritto alla tutela della salute" per tutti gli individui.

Il Servizio sanitario nazionale italiano, universale e solidale, ha rappresentato una svolta cruciale, e una fondamentale tappa dell'evoluzione socio-economica del nostro Paese. Con esso è stato nei fatti reso concreto e operativo un principio, quello dell'universalità dell'accesso alle cure, dal quale non si può tornare indietro.

Oggi, di fronte alla sfida universale della sostenibilità dei sistemi sanitari rispetto alle pressioni provenienti dall'aumento dei costi, dalla crescente differenziazione professionale e organizzativa e, ovviamente, dall'aspettativa di salute da parte di una medicina sempre più tec-

nologica, ci si può solo interrogare su come sia meglio agire a tutela della difesa dei suoi principi fondativi garantendo parimenti un necessario slancio trasformativo.

Questo anniversario rappresenta, quindi, un'opportunità per riflettere e interrogarsi rispetto al futuro del nostro Servizio sanitario nazionale, un modello annoverato da tutti come una delle grandi conquiste del nostro Paese, in quanto capace di ribaltare molti dei negativi indici di salute che ponevano l'Italia, da un punto di vista sanitario, un passo indietro a tante altre nazioni, che ha permesso di raggiungere invidiabili risultati in termini di aspettativa di vita con un costo della sanità tra i più bassi.

Oggi questo stesso sistema è, però, nei fatti a rischio: la ricerca di efficienza, efficacia, qualità, seppur fondamentale, non è sufficiente a evitare l'aumento delle disuguaglianze di salute tra le regioni e delle variazioni ingiustificate degli esiti di salute nella popolazione, il ricorso sempre più frequente a spese proprie per curarsi, la mancata innovazione organizzativa, il crescente disallineamento dell'offerta rispetto ai bisogni della popolazione, la mancata piena attuazione di un progetto compiuto di assistenza primaria moderna e multi-professionale, la variazione ingiustifica-

ta dell'allocazione delle risorse economiche, la prevenzione vaccinale troppo spesso messa in discussione, l'uso inappropriato di antibiotici, il lento accesso ai farmaci innovativi e la scarsa digitalizzazione. Tutto ciò rende oggi il Servizio sanitario italiano, specie rispetto a molti suoi competitor a livello globale, un sistema da re-immaginare a invarianza di valori e obiettivi.

Come evidenziato nel Report Aiop giovani 2017 – “Le sfide di oggi per la sanità di domani. L'evoluzione delle modalità di finanziamento dei sistemi sanitari nazionali”, le risorse economiche destinate alla sanità, oggi e in prospettiva, sono sempre meno, in termini di rapporto con il Prodotto interno lordo e rispetto a sette Paesi indice analizzati, le cui caratteristiche economiche e sociali possono essere comparate all'Italia. Vanno incentivate politiche e azioni per tutelare e implementare la *long-term care* e la protezione sociale, in una nazione come la nostra, in cui la popolazione over 65 è destinata ad aumentare, passando da oltre tredici milioni nel 2016 a oltre i 16 milioni nel 2030. Va ottimizzata l'assistenza domiciliare così come la telemedicina, l'innovazione sociale e sanitaria e una ricerca nelle scienze della vita che possa poter competere con il resto del mondo.

A quaranta anni dalla sua istituzione questi sono solo alcuni degli aspetti cruciali da dover coralmemente analizzare e capire.

Proprio per questo, come già riferito in

prefazione, il presente Report, terzo di una serie di 3 documenti, scritti con il supporto tecnico scientifico prima di Luiss e quindi di V.I.H.T.A.L.I.⁽¹⁾ – Spin Off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, che hanno avuto l'obiettivo di confrontare i sistemi sanitari a livello globale per poter definire aspetti migliorativi degli stessi e, immaginarli per l'Italia, si propone di rendere maggiormente operative per il futuro del Ssn molte delle riflessioni emerse dall'analisi, dal confronto, dalla condivisione.

L'analisi delle innovazioni nei campi propri della sanità, l'esame dei punti di forza e di debolezza dei servizi sanitari dei diversi Paesi in analisi è stato svolto con l'obiettivo di fornire un riferimento di comparazione in un'ottica di implementazione delle strategie orientate alla qualità e al valore, per capire gli scenari futuri e le prospettive possibili. Questo report nasce da un substrato analitico che vuole essere base per supportare un'azione di difesa e rilancio per il Ssn a 40 anni dalla sua istituzione.

Analisi, spunti, riflessioni e un'incrollabile fiducia nei confronti del modello di promozione della salute *made in Italy* rendono questo report un'opportunità unica per provare a capire e governare il presente, immaginando un futuro ad alto valore.

Infatti, nel presente report l'analisi delle innovazioni in sanità (cap. 1), tecnologiche e organizzative, predispone una prospettiva a più lungo termine per provare a tracciare le linee di un futuro in

⁽¹⁾ Value in Health Technology & Academy for Leadership and Innovation (www.vihtali.it)

sanità sempre basata sul “fattore umano”, mentre i capitoli di confronto tecnico-analitico (2-3-4) riportano il focus su quanto l'Italia abbia già fatto o debba fare rispetto agli altri Paesi indice.

La declinazione possibile di un governo differente dell'investimento privato in sanità viene affrontata nel capitolo 5 anche attraverso il parere di esperti del settore come Walter Ricciardi, Professore Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità; Sir Muir Gray, già *Chief Knowledge Officer* del Servizio sanitario inglese; Gabriele Pellissero, Professore Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università di Pavia e Presidente Aiop, viene fornita una visione del futuro prossimo del Ssn, specie in funzione del concetto di valore (cap. 7).

Proprio il concetto di valore in sanità, forte della sua carica trasformativa e

centrata sul bisogno del paziente, rappresenta un orizzonte possibile per il nostro Servizio sanitario nazionale, perché continui ad essere sostenibile, equo e di qualità.

Tutto ciò sarà possibile solo se si sapranno valorizzare le risorse umane, tecniche, professionali del sistema salute italiano, se saranno comprese le criticità di sistema su cui intervenire (es. abbattimento dei silos organizzativi e professionali, modifica dei sistemi di finanziamento e remunerazione, etc.), garantendo ai cittadini una scelta nelle cure che sia libera e basata su informazioni trasparenti e affidabili.

Tutto ciò sarà possibile nella misura in cui il Ssn sarà in grado di rispondere rapidamente e in modo equo, nel rispetto della qualità e sicurezza, al netto di servizi ad alto valore, ai bisogni di salute del cittadino, a prescindere dalla regione di appartenenza, dalle possibilità personali e dal proprio informato giudizio. ●

Abbreviazioni

AA.SS.LL:	Aziende Sanitarie Locali;	CPTP:	Partnership for Tomorrow Project;
ACO:	Accountable Care Organisation;	CReG:	Cronic Related Group;
AGENAS:	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;	CT:	Tomografia Computerizzata;
AI:	Intelligenza Artificiale;	D.lgs.:	Decreto Legislativo;
AIC:	Codice Autorizzazione Immissione In Commercio;	DGOS:	Direction Générale de l'Offre de Soins;
AIFA:	Agenzia Italiana del Farmaco;	DM:	Disease Management;
AIOM:	Associazione Italiana di Oncologia Medica;	DPCM:	Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri della Repubblica Italiana;
AIOP:	Associazione Italiana Ospedalità Privata;	DRG:	Diagnosis Related Group;
ANAP:	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux - Agenzia Nazionale per il sostegno alle prestazioni delle istituzioni sanitarie e medico-sociali;	E.Pic.A:	Appropriatezza Economica del Percorso Integrato di Cura;
ARS:	Agences régionales de santé;	EHR:	Cartelle Cliniche Elettroniche;
ART:	Advanced Radiation Therapy;	EMR:	Electronic Medical Record;
ASCO:	American Society for Clinical Oncology;	ENEA:	Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile;
ASIP Santé:	Agenzia per i sistemi informativi condivisi nella sanità;	EPA:	Elenco Prestazioni Attese;
BDN:	Bolton Diabetes Network;	FFS:	Fee-for-Service;
BPCI:	Bundled Payments for Care Improvement;	FSE:	Fascicolo Sanitario Elettronico;
BPCO:	Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva;	FSN:	Fondo Sanitario Nazionale;
CAS:	Centro Accoglienza e Servizi;	GIC:	Gruppo Interdisciplinare di Cure;
CBT:	Terapia Cognitivo Comportamentale;	GP:	General Practitioner;
CCCP:	Connected Cardiac Care Program;	H2050:	Hospital 2050;
CCG:	Clinical commissioning group;	HAS:	Haute Autorité de Santé;
CCRA:	Canadian Cancer Research Alliance;	HC:	Health Canada;
CEO:	Chief Executive Officer;	HCB:	Hospital Clínic di Barcellona;
CHAP:	Cardiovascular Health Awareness Program;	HHS:	Health and Human Services;
CHSPRA:	Canadian Health Services and Policy Research Alliance;	HIIN:	Hospital Improvement Innovation Network;
CMF:	Care Management Fee;	HTA:	Health Technology Assessment;
CMS:	Centers for Medicare & Medicaid Services;	ICD:	Classification of Diseases;
CNAMTS:	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés;	ICHA:	International Classification for Health Accounts;
CPC:	Comprehensive Primary Care;	ICHOM:	International Consortium for Health Outcome Measurement;
CPC+:	Comprehensive Primary Care Plus;	ICP:	Integrated Care Partnership;
CPI:	Compra Pública de Innovación;	ICS:	Integrated Care Systems;
		IDIBAPS:	Istituto di ricerca biomedica August Pi i Sunyer;
		INMP:	Istituto Nazionale per la promozione della

	salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà;	PCT:	Primary Care Trust;
INPS:	Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale;	PDTA:	Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali;
IPU:	Unità di Assistenza Integrata;	PHAC:	Agenzia per la salute pubblica del Canada;
IRE:	Istituto Nazionale Tumori Regina Elena;	PIL:	Prodotto Interno Lordo;
IRST:	Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori;	PLS:	Pediatra di Libera Scelta;
ISGlobal:	Istituto di Barcellona per la salute globale;	PNE:	Programma Nazionale Esiti;
ISS:	Istituto Superiore di Sanità;	PPP:	Parità di Potere d'acquisto - Purchasing power parity;
IST:	Tecnologie Dei Sistemi Informativi;	PPP:	Partenariato Pubblico Privato;
ISTAT:	Istituto nazionale di statistica;	PR:	Public Reporting;
IT:	Information Technology;	PREMs:	Relationship between Patient Reported Experience - Esperienze Riferite Dal Paziente;
KCC:	Kent County Council;	PROMs/PROs:	Patient Reported Outcomes outcome riferiti dai pazienti;
KKH:	Kaufmannische Krankenkasse;	PS:	Pronto Soccorso;
KPI:	Key Performance Indexes;	PSS:	Profilo Sanitario Sintetico;
LEA:	Livelli Essenziali d'Assistenza;	R&PA:	Regioni e Province autonome;
LTC:	Long Term Care;	RWE:	Real World Evidence;
MCM:	Minnesota Community Measurement;	SDO:	Scheda di Dimissione Ospedaliera;
MDC:	Categorie Diagnostiche Principali;	SER GAS:	Servizio sanitario galiziano;
MEF:	Ministero dell'Economia e delle Finanze;	SGMAP:	Segretariato generale per la modernizzazione del governo;
MHSC:	Centro di Assistenza Sanitaria Multicanale;	SHI:	Assicurazione Sanitaria Statutaria;
MMG:	Medico di Medicina Generale;	SIB:	Social Impact Bond;
MMR:	Riabilitazione Multimodale;	SLA:	Sclerosi Laterale Amiotrofica;
MOU:	Memorandum of Understanding;	SMI:	Gravi Malattie Mentali;
MRI:	Risonanza Magnetica;	SRG:	Swedish Rehabilitation Guarantee;
NCCN:	National Comprehensive Cancer Network;	SSN:	Servizio Sanitario Nazionale;
NHS:	National Health Service - Servizio Sanitario Nazionale;	TEV:	Tromboembolismo venoso;
NQR:	National Quality Registries;	TMC:	Clinica di Telemedicina;
NRE:	Numeri delle Ricette Elettroniche;	TNM:	Tumor, Node, Metastasis;
NSIS:	Nuovo sistema informativo sanitario;	TS:	Tessera Sanitaria;
OCSE:	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico;	UE:	Unione Europea;
ONG:	Organizzazione Non Governativa;	VAE:	Ventilator-Associated Events;
OOP:	Out of Pocket;	VHI:	Assicurazione Sanitaria Volontaria.
P2P:	Procure to Pay;		
P4P:	Pay-for-Performance;		
PA:	Provincia Autonoma;		
PAI:	Piano Di Assistenza Individuale;		

LE SFIDE DI OGGI PER LA SANITÀ DI DOMANI - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: DESTINAZIONE FUTURO



Sezione di analisi

Capitolo 1

Innovazione in Sanità e Sistemi sanitari Innovativi

Nelle ultime decadi i sistemi sanitari stanno fronteggiando sfide crescenti per poter erogare assistenza di qualità ai propri cittadini. L'aumento dell'aspettativa di vita e il conseguente aumento delle patologie croniche che richiedono trattamenti duraturi, i progressi tecnologici, l'aumentata domanda dei pazienti e le risorse sempre più limitate sono tra le sfide affrontate dai sistemi sanitari (1). Proprio in ragione di ciò, l'innovazione può essere considerata uno strumento chiave nel raggiungimento di soluzioni efficienti e sostenibili, che tengono ugualmente conto di valori come l'universalità, l'equità, la solidarietà e l'erogazione di assistenza di alta qualità (2).

L'innovazione in sanità rappresenta, infatti, una componente critica nella continua richiesta di bilanciare il contenimento dei costi e la qualità dei servizi (3), impattando notevolmente su entrambi. Il governo dell'innovazione, sia in termini di introduzione di tecnologie innovative che di adozione delle stesse, è divenuto a tutti i livelli del sistema salute, punto cruciale per le organizzazioni sanitarie. In questa ottica, è bene definire il concetto di innovazione stessa: in generale innovazione è il processo di "traduzione" di un'idea o d'invenzione in prodotto o servizio, con un valore specifico e per il quale valore il consumatore, la società o le compagnie assicurative sono disponibili a pagare (2).

La definizione di innovazione, maggiormente accettata dai ricercatori del settore, risale al 1990 ed è ad opera di West:

"Introduzione e applicazione intenzionale all'interno di un ruolo, gruppo o organizzazione di idee, processi, prodotti, procedure, nuovi all'unità rilevante dell'adozione e concepiti per giovare agli individui, a gruppi e alla società".

Dalla definizione di West si possono evincere i caratteri distintivi dell' "innovazione": la novità, l'applicazione di una componente innovativa e il beneficio intenzionale, derivante dall'applicazione della nuova componente (3).

L'Ocse nel 2005, fornendo una propria definizione di innovazione ma che ricalca quella fornita da West nella decade precedente, ha distinto le innovazioni in quattro tipi:

innovazioni relative ad un prodotto: introduzione di un bene o servizio completamente nuovo o migliorato in maniera significativa nelle sue caratteristiche e per gli usi voluti. In tale categoria rientrano le tecniche, i materiali, le componenti delle macchine, i software, le migliorie funzionali, etc.;

innovazioni relative ai processi: implementazione di un nuovo o migliorato metodo di produzione o di erogazione del prodotto;

innovazione relativa al marketing: implementazione di un nuovo metodo di *marketing* che comporta cambi significativi nel design o nell'impackettamento del prodotto, nella promozione e nel prezzo e nel riposizionamento nel mercato;

innovazione relativa all'organizzazione/struttura: implementazione di un nuovo approccio organizzativo all'interno di aziende, organizzazioni e luoghi di lavoro;

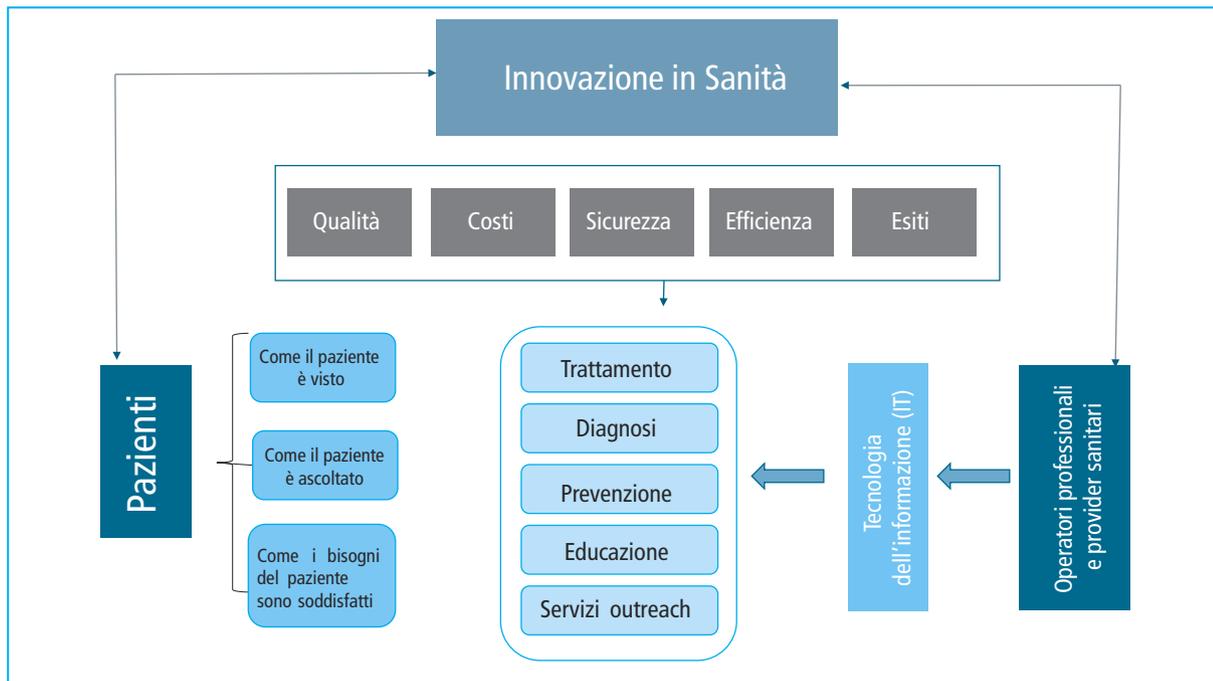
Il concetto di innovazione in sanità si può estendere a tutte le tipologie sopra menzionate meno che quella del *marketing* (4), per ragioni chiaramente di natura etico-deontologica (seppure anche questo oggi è messo in discussione). Avendo definito il concetto di innovazione in funzione del valore intrinseco di un prodotto e consistendo il prodotto normalmente in "beni e servizi", risulta più complesso definire l'innovazione sanitaria "di prodotto", seppure tale definizione risulta intuibile se si parla di nuovi farmaci o di nuove tecnologie sanitarie. L'innovazione di processo, invece, è legata alle modalità di produzione o all'erogazione di quella/o procedura/farmaco innovativa/o mentre l'innovazione organizzativa si riferisce all'"infrastruttura" di una data organizzazione, ovvero quanto attiene alla creazione di nuovi modelli di gestione (3).

L'innovazione in sanità può essere, pertanto, definita come l'introduzione di un nuovo concetto, un'idea, un servizio, un processo o un prodotto teso a: migliorare la diagnosi, il trattamento, la prognosi dei pazienti; contribuire alla riduzione dei tempi di cura; migliorare il monitoraggio e il *follow up* della malattia; evitare ulteriori costi o trattamenti; migliorare la qualità della vita dei pazienti, la loro formazione sulla malattia; ampliare il raggio d'azione; migliorare la prevenzione e favorire la ricerca. Come si può constatare, lo scopo della generazione o dell'azione di un'innovazione è di migliorare la qualità dell'assistenza, la sicurezza, gli esiti di salute, l'efficienza e il contenimento dei costi (3; 5).

Nel processo di implementazione di innovazioni in sanità si delineano 5 tipologie di *stakeholder*, ognuno con proprie necessità e aspettative derivanti dal tipo di innovazione che si voglia implementare.

I medici e i *caregiver* rappresentano una delle 5 categorie di *stakeholder* e si aspettano di ricevere dall'implementazione di una qualsivoglia innovazione un miglioramento degli *outcome* clinici, della capacità di fare diagnosi e del trattamento. I pazienti, invece, si aspettano che un'innovazione

FIGURA 1 - INNOVAZIONE IN SANITÀ: FRAMEWORK CONCETTUALE. MODIFICATO DA OMACHONU VK&EINSPRUCK NG, 2010



sanitaria porti loro un miglioramento della qualità della vita e del benessere, una riduzione dei ritardi nell'accesso e nell'assistenza, nonché una riduzione dei tempi di attesa. La terza categoria di *stakeholder* è rappresentata dalle organizzazioni che hanno nelle loro priorità un miglioramento dell'efficienza, del contenimento dei costi, della produttività, nonché della qualità dell'assistenza erogata e dei risultati in termini di salute dei pazienti che vi accedono. Infine, le altre due categorie di *stakeholder* sono rappresentate dalle società, produttori delle innovazioni, le quali si aspettano sia miglioramento degli *outcome* che aumento del profitto, e da Agenzie regolatorie e Enti governativi che auspicheranno un miglioramento della sicurezza dei propri cittadini, che accedono ai servizi sanitari, nonché un miglioramento della qualità. Nella figura 1 è possibile osservare un *framework* concettuale relativamente all'innovazione in sanità e alle dimensioni e agli *stakeholder* che coinvolge.

Possiamo considerare i fattori relativi all'innovazione sanitaria - sia in termini di effetti di un'innovazione che di cause che ne hanno portato all'implementazione - secondo due dimensioni: quella operativa e quella di sistema. A quella operativa sono ascrivibili: il miglioramento degli *outcome* clinici, l'efficienza, l'efficacia, l'invecchiamento della popolazione, la mancanza di operatori sanitari, la soddisfazione del paziente, il profitto, la sicurezza dei pazienti, il miglioramento della qualità dell'assistenza e il contenimento dei costi e la produttività. La dimensione di sistema, invece, considera aspetti quali leadership, cultura organizzativa, accettazione regolatoria, accettazione da parte degli operatori sanitari, complessità dell'innovazione, *partnership* e collaborazione.

Sulla base dell'impatto che esse hanno sui loro contesti di riferimento, le innovazioni possono essere classificate come *disruptive* e *nondisruptive*. Le innovazioni *nondisruptive* sono quelle

che si focalizzano su qualcosa già esistente, permettendo l'ampliamento delle opportunità di impiego o la risoluzione di problemi esistenti. Le innovazioni *nondisruptive* possono essere distinte in continue o discontinue a seconda che la modalità con cui migliorano il prodotto esistente sia attesa o meno dal consumatore (2). Le *disruptive*, invece, scompaginano i vecchi sistemi, creando nuovi *network* e nuovi mercati, provocando cambi di tipo organizzativo e apportando un valore rilevante agli *stakeholder* che hanno deciso di adottare quella innovazione (3). Pertanto, un'innovazione *disruptive*, destituisce sia vecchie strutture organizzative, che processi, prodotti, servizi, tecnologie e personale (2). Un'innovazione di questo tipo non deve essere forzatamente una tecnologia avanzata. Spesso le innovazioni *disruptive* riguardano nuove combinazioni di fattori esistenti e già pronte componenti, applicate a piccoli *network* dal valore ancora da incrementare (2).

Un'innovazione per essere considerata *disruptive* deve presentare alcune o tutte tra le seguenti caratteristiche:

- migliorare gli esiti di salute;
- creare nuovi servizi e oltrepassare le sfide riguardanti l'accessibilità a servizi esistenti o nuovi;
- portare ad approcci costo-efficaci che migliorano l'accesso;
- promuovere l'assistenza personalizzata;
- favorire l'*empowerment* del paziente;
- scompaginare il vecchio sistema;
- creare nuove professionalità ed *expertise*;
- creare un nuovo set di valori per il personale, i pazienti, i cittadini e la comunità;
- condurre ad un cambiamento culturale e trasformativo (2).

Al momento, in sanità, gli ambiti in cui si possono riscontrare innovazioni "dirompenti" riguardano:

- l'erogazione di modelli assistenziali centrati sulla persona e basati su un approccio di popolazione, che favoriscono lo *shift* assistenziale dall'ospedale a setting di cure diversi e integrati fra loro;
- nuove tecnologie che favoriscono la diagnosi precoce, l'erogazione di cure personalizzate, la promozione della salute, il coinvolgimento della comunità e l'*empowerment* dei cittadini, nonché terapie potenzialmente risolutive come l'immunoterapia per alcuni tumori;
- modelli di gestione per pazienti multicronici e/o fragili;
- formazione del personale e trasferimento di *skill* e compiti da personale altamente specializzato e ad alto costo a personale meno specializzato, ma ugualmente capace di garantire qualità e sicurezza nelle cure.

Possiamo concludere che una *disruptive innovation* in sanità, così come è stata definita dal *panel* di esperti della Commissione europea, è un tipo di innovazione che crea nuovi *network* e nuove organizzazioni, basati su un nuovo set di valori che coinvolgono nuovi giocatori, che rendono possibile il miglioramento degli *outcome* di salute, della qualità dell'assistenza e di dimensioni come l'equità e l'efficienza.

Da questa breve trattazione su cosa sia l'innovazione in sanità e su quali innovazioni è possibile

considerare *disruptive* sono state individuate delle classi di innovazioni sulla base delle quali è stato possibile sintetizzare le esperienze dei vari Paesi, oggetto dello studio.

Le classi di innovazioni individuate sono:

- **innovazioni di processo** in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie;
- **innovazioni tecnologiche**, attraverso l'utilizzo esteso delle tecnologie sanitarie e digitali;
- **innovazioni di rete**, quali i sistemi territoriali di collegamento e connessione organizzativa e tecnologica tra operatori specializzati;
- **innovazioni negli strumenti di comunicazione**, in riferimento agli strumenti ed ai canali innovativi di comunicazione tra i diversi operatori della sanità (medici-medici, medici-infermieri, professionisti sanitari-operatori amministrativi, professionisti sanitari-pazienti, istituzioni-medici...);
- **innovazione di classificazione e di finanziamento**, in termini di nuovi sistemi di codifica delle prestazioni e di finanziamento delle stesse;
- **innovazione nei metodi di controllo e verifica del raggiungimento degli obiettivi di sistema** (esiti e sostenibilità);
- **protezione sociale, sanità-innovazioni di collegamento intersettoriale** (sanità-previdenza, sanità-sistema di assicurazioni).

L'innovazione nei Paesi oggetto di studio

Sulla scia del processo analitico compiuto nei precedenti due report targati Aiop Giovani, si è scelto, sulla base delle diverse classificazioni descritte nel precedente paragrafo, di enucleare progetti e programmi innovativi in ambito sanitario, implementati nei Paesi oggetto di studio e che potrebbero rappresentare delle *good practice* per il nostro Paese.

Innovazioni di processo in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie

Dall'analisi della letteratura, inerente l'implementazione di progetti innovativi nei Paesi oggetto di studio (Canada, Francia, Germania, Spagna, Svezia, Regno Unito, Stati Uniti), emergono quali buone pratiche rispetto all'innovazione di processo i percorsi per specifiche patologie croniche. Gli scopi principali con cui sono stati creati questi percorsi sono stati quelli di facilitare l'accesso ai servizi e l'erogazione di un'assistenza integrata, appropriata, *evidence based*, efficiente e caratterizzata dalla multidisciplinarietà (*Centro per la Cefalea della Germania Occidentale, The Swedish Rehabilitation Guarantee*). Allo stesso tempo, la costruzione di percorsi innovativi per le cronicità implica una riorganizzazione dei servizi, attraverso la maggiore valorizzazione di figure professionali di riferimento quali gli infermieri o lo sviluppo di piattaforme tecnologiche che facilitano l'accesso e l'interazione del paziente con i professionisti sanitari, come ad esempio nel programma francese *Sophia*, dedicato a pazienti con patologia diabetica, in cui si è osservato un miglioramento degli *outcome* di salute. Poiché i percorsi specifici per patologia presuppongono un'integrazione sia orizzontale che verticale, con passaggio del paziente tra un *setting* assistenziale

ad un altro, l'utilizzo di sistemi informativi facilita i passaggi tra i diversi *setting* assistenziali e la collaborazione tra le diverse figure professionali permettendo, pertanto, un'assistenza centrata sul paziente.

Un'altra sperimentazione che ha riscosso successo e che si è concentrata sulla costruzione di percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali, tesi a migliorare l'accesso della popolazione e l'integrazione dell'assistenza ricevuta, è stata *Lambeth Living Well Collaborative*, ideata a Londra nel 2010 e dedicata ai pazienti con disturbi mentali del distretto londinese di Lambeth. La particolarità della sperimentazione, che dopo la fine del progetto è stata prolungata, è riscontrabile nel coinvolgimento dei cittadini nella designazione e produzione dell'offerta dei servizi insieme ai *provider* (co-produzione).

Innovazioni tecnologiche, attraverso l'utilizzo esteso delle tecnologie sanitarie e digitali

Quello che si evince dalla trattazione delle innovazioni nei Paesi oggetto di studio è che le tecnologie digitali sono entrate a pieno titolo tra gli strumenti che i *provider* possono mettere a disposizione per erogare assistenza (ad esempio con applicazioni di telemedicina che permettono dei consulti medici a distanza, in cui i medici possono prescrivere direttamente esami necessari e farmaci facendoli recapitare direttamente a casa, o trattamenti fisioterapici a distanza). Tra queste innovazioni ricordiamo il servizio *Teki* in Spagna o il *Connected Cardiac Care Program* e il *programma di teleradiologia* in auge tra Svezia e Spagna. L'utilizzo della telemedicina ha lo scopo di ridurre gli spostamenti dei pazienti nel caso di trattamenti riabilitativi, la diminuzione della durata delle ospedalizzazioni se ci riferiamo a dei monitoraggi o l'alleggerimento delle liste di attesa o l'intasamento degli accessi ai Pronto Soccorso o ai centri di guardia medica nel caso di problemi lievi e risolvibili a distanza. Con lo stesso scopo, sono state create anche delle app per dispositivi mobili come *Kry* (Svezia) e *Babylon* (Regno Unito) che hanno permesso di erogare cure a distanza. Sarebbe più efficiente e renderebbe l'assistenza continua e coordinata se le singole app fossero collegate ai sistemi informativi dei servizi sanitari in cui esse stesse operano, come ad esempio sta avvenendo a Londra.

Come abbiamo ulteriormente analizzato, i piani di innovazione sanitaria che coinvolgono trasversalmente diverse tipologie di innovazione, in primis quelle digitali, si stanno sviluppando in molti dei Paesi analizzati. A questo proposito citiamo la realizzazione di un *centro assistenza multicanale*, frutto della collaborazione tra il Servizio sanitario basco e Accenture, che ha previsto la creazione di una piattaforma tecnologica, attraverso la quale il paziente può avere accesso ad informazioni sanitarie, può interagire con i professionisti riducendo emergenze, riammissioni e accessi ai servizi, e *TerreSanté* in Francia.

In Svezia, invece, una grande innovazione tecnologica nel campo della sanità è stata la creazione dei *Registri Nazionali di Qualità*, specifici per determinate patologie. Sebbene possa essere considerato un sistema di valutazione e controllo degli esiti, il supporto tecnologico che permette di registrare i dati mette in collegamento diversi *provider*, grazie alla condivisione delle informazioni e delle *best practice*, contemporaneamente permette ai ricercatori di accedere ai dati e fornire evidenza scientifica e alle aziende farmaceutiche di conoscere l'efficacia dei propri prodotti.

In Germania, invece, la digitalizzazione sta portando all'impiego di una *e-card* per ogni paziente assicurato. In tale carta saranno memorizzati tutti i dati amministrativi e sanitari dei pazienti, permet-

tendo, una volta che sarà entrata a regime, un miglioramento dell'accesso ai servizi, snellendo la burocrazia, e un miglior coordinamento tra i diversi *provider* grazie alla condivisione di informazioni.

Grazie all'innovazione tecnologica è stato possibile realizzare una serie di iniziative, alcune delle quali riportate nelle schede Paese, che hanno permesso ad ospedali di poter gestire e controllare meglio i processi organizzativi, ma anche i flussi dei dati sempre con l'ottica di garantire qualità, sicurezza e sostenibilità delle cure e delle strutture. Due casi sono emersi dall'analisi di letteratura, *H2050* in Spagna e *Hopital Numerique/Territoire de Soins Numeriques* in Francia. Presupposti delle due soluzioni identificate sono stati la creazione di una piattaforma digitale e di sistemi informativi, il *training* per il loro utilizzo da parte dei professionisti sanitari, la centralizzazione di servizi, il coordinamento dei diversi *stakeholder* coinvolti, l'identificazione e l'utilizzo di indicatori, lo sviluppo dell'automazione e della telemedicina e il miglioramento del *reporting*.

Innovazioni di rete, quali i sistemi territoriali di collegamento e connessione organizzativa e tecnologica tra operatori specializzati e innovazioni negli strumenti di comunicazione, in riferimento agli strumenti ed ai canali innovativi di comunicazione tra i diversi operatori della sanità (medici-medici, medici-infermieri, professionisti sanitari - operatori amministrativi, professionisti sanitari - pazienti, istituzioni - medici).

La maggior parte dei progetti innovativi, emersi dall'analisi, descrivono quanto le nuove tecnologie abbiano permesso, da un lato, di creare reti e connessioni tra diversi operatori e *provider* anche a distanza di migliaia di chilometri, dall'altro, di modificare le modalità di comunicazione tra i diversi portatori di interesse, dai professionisti sanitari ai pazienti sino alle istituzioni. In realtà, internet e le piattaforme digitali hanno radicalmente cambiato la vita e l'organizzazione sanitaria. Ad esempio, i progetti innovativi spagnoli riguardanti la riorganizzazione ospedaliera (*i programmi di Ribera Salud e la riorganizzazione dell'Hospital Clinic di Barcellona*), hanno sicuramente favorito la comunicazione tra gli operatori grazie allo sviluppo di sistemi informativi o con la comunità. Inoltre, la riorganizzazione *dell'Hospital Clinic di Barcellona* ha permesso di sviluppare un modello *hub&spoke* con ospedali circostanti per determinate patologie e per le acuzie e, al contempo, di creare un *network* con altri *provider* per la gestione delle patologie croniche. Sempre a proposito di Spagna, occorre citare il piano di innovazione tecnologica, *Innova-Saude*, implementato in Galizia, il cui scopo principale era quello di fornire assistenza di qualità, centrata sui pazienti cronici, grazie a strumenti quali la telemedicina, piattaforme web, l'acquisizione di beni o servizi innovativi al fine di migliorare i servizi pubblici e la loro organizzazione.

Nel Regno Unito, invece, *Activmobs*, implementata nel Kent, può essere classificata come innovazioni di rete in quanto alcune strutture sanitarie sono entrate in rete con i servizi della comunità, grazie anche alla creazione di una carta che permette sconti ai partecipanti del progetto in questione.

Un altro esempio di rete innovativa è quella presentata nella scheda del Canada ovvero un'alleanza tra servizi sanitari ed enti di ricerca con lo scopo di accelerare l'innovazione scientifica, ottimizzare l'impatto della ricerca e favorire l'implementazione delle tecnologie innovative.

Negli Stati Uniti, degna di menzione risulta la *Partnership for patients*, un partenariato tra diversi *provider* ospedalieri per garantire qualità, sicurezza, ma anche presidio delle transizioni tra un *set-*

ting assistenziale ed un altro a garanzia dell'accesso alle cure, grazie alla collaborazione dei datori di lavoro e delle organizzazioni dei consumatori. Tra le attività di questo partenariato risulta particolarmente importante il coinvolgimento delle famiglie e dei pazienti stessi (*Patient and Family Engagement*).

Innovazione di classificazione e di finanziamento, in termini di nuovi sistemi di codifica delle prestazioni e di finanziamento delle stesse

Tra le innovazioni che meritano di essere analizzate e comprese fino in fondo, al fine di garantire sostenibilità al sistema, vi sono quelle legate all'organizzazione dell'assistenza in funzione del finanziamento. Negli ultimi anni, in molti Paesi europei, ma anche negli Stati Uniti, stanno aumentando i cosiddetti finanziamenti *bundle*. Si tratta di finanziamenti con importo fisso, pagati dal terzo pagante (Stato, mutua o assicurazioni private a seconda del sistema sanitario) o ad un *provider* che gestisce tale finanziamento al fine di erogare servizi attraverso le proprie strutture o in rete con altri. Tali finanziamenti possono riguardare sia "pacchetti" di assistenza destinata a pazienti cronici (il finanziamento si riferisce a cicli di cura, ripetibili per la tipologia di pazienti) o a rischio di sviluppare patologie croniche - così come avviene in Germania nella regione del Kinzigtal - o a pazienti acuti che devono subire un intervento e una fase riabilitativa successiva, così come avviene nei programmi statunitensi citati nella relativa scheda Paese. Lo scopo in entrambi i casi è quello di incoraggiare i *provider* a fornire assistenza di qualità, coordinata e integrata, evitando gli sprechi e migliorando l'appropriatezza delle prestazioni ricevute. Attraverso questa tipologia di finanziamenti i *provider* diventano i responsabili dell'assistenza erogata e pertanto, visto che in alcuni casi sono previsti dei bonus relativi alla qualità dei servizi erogati, sono incoraggiati nel fornire le prestazioni integrate, in un *setting* corretto e secondo scadenze prestabilite (sia la *Financial Alignment Initiative* negli Stati Uniti che i *Gesundes Kinzigtal* in Germania sono esempi di come ciò possa avvenire).

Un ulteriore esempio, ascrivibile a questa categoria di innovazione, ma leggermente differente dai *bundle payment* è quello riguardante l'erogazione nel Regno Unito di un assegno sanitario ai cittadini con bisogni complessi. In questo caso, l'importo monetario può essere erogato al cittadino, al Servizio sanitario inglese o a terzi e lo scopo è rappresentato dalla facilitazione all'accesso ai servizi e ad una miglior personalizzazione degli stessi. Anche in questo caso i risultati dell'implementazione sono incoraggianti e tali da indurre una riflessione su come utilizzare al meglio tali tipologie di finanziamento per poter da un lato favorire le esigenze dei pazienti (garanzia dell'accesso e di continuità delle cure, nonché personalizzazione dei servizi) e quelle dei *provider*/terzo pagante (*outcome* di salute ottimali, appropriatezza organizzativa e prescrittiva, efficienza).

Innovazione nei metodi di controllo e verifica del raggiungimento degli obiettivi di sistema (esiti e sostenibilità)

Nell'analisi rispettiva ai Paesi è stato possibile riscontrare una serie di innovazioni tese a controllare e verificare gli obiettivi di sistema nell'ottica di garantire sostenibilità e assistenza di qualità.

Tra gli esempi riscontrati in letteratura è ascrivibile in questa classe di innovazioni l'iniziativa *Procure to pay* in Canada. Grazie all'utilizzo di un'unica piattaforma è stato possibile tracciare e gestire finanziariamente tutti i processi aziendali, dalla loro acquisizione sino al pagamento, centralizzarli, fornendo assistenza di qualità e a costi contenuti. Sempre in Canada, un'iniziativa com-

pletamente diversa, ma tesa a garantire l'obiettivo della sostenibilità e di esiti di salute ottimali, e tutt'ora oggetto di implementazione è la *Hypertension Prevention Initiative*. Tale iniziativa prevede, infatti, che il terzo pagante (lo Stato) paghi solo al raggiungimento del risultato di salute, verificato attraverso una serie di valutazioni del programma.

Protezione sociale, sanità-innovazioni di collegamento intersettoriale (sanità-previdenza, sanità-sistema di assicurazioni)

Tra le innovazioni che bisogna tener in considerazione per l'organizzazione dei sistemi sanitari del futuro vi sono quelle che permettono un collegamento intersettoriale tra la sanità e le realtà di protezione sociale come ad esempio il sistema previdenziale e quello assicurativo. Uno dei due progetti che abbiamo riscontrato all'interno di questa dimensione dell'innovazione è quello lanciato nel 2010 nel distretto londinese di Islington (*Shine*), indirizzato a soggetti socio-economicamente svantaggiati e in cui, grazie ad una *partnership* pubblico-privata e con attori del terzo settore, è stato possibile migliorare la qualità dei servizi sanitari e gli *outcome* di salute, facilitare l'accesso ai servizi (non solo sanitari) e garantire un certo grado di protezione sociale. A tal proposito, infatti, il progetto, che poi è stato esteso ad un altro distretto londinese, ha previsto consulenze finanziarie, un corso sulla gestione domestica, lavori di manutenzione e controlli sulla sicurezza nei luoghi domestici.

Conclusioni

Come si è visto da questa breve trattazione, l'implementazione di progetti innovativi sta conducendo al cambiamento dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sanitari. Attualmente, la maggior parte dei sistemi sanitari è organizzata sul trattamento di soggetti già malati piuttosto che sulla gestione del loro rischio di sviluppare una patologia e, quindi, sulla loro prevenzione. Grazie alla enorme quantità di dati che verrà raccolta, in futuro, questo modello assistenziale potrebbe mutare divenendo sempre più teso a misure preventive e ad una medicina personalizzata. Come si evince, la chiave di questo cambiamento paradigmatico risiede nella digitalizzazione, processo che sta cambiando diversi aspetti della sanità, dal finanziamento dei servizi sino al trattamento (6).

Attualmente, però, sussistono una serie di barriere alla diffusione delle innovazioni. Tra queste ritroviamo quelle economiche come i costi personali contro i benefici sociali, l'accesso alle informazioni e gli incentivi insufficienti; quelle comportamentali come la resistenza al cambiamento, l'inerzia, la mancanza di motivazione, l'incapacità di *priority setting*; quelle organizzative, inerenti gli obiettivi dell'introduzione di un'innovazione, il potere, l'influenza e la cultura dei diversi portatori di interessi; nonché quelle organizzative dovute alla *governance*, all'obsolescenza delle infrastrutture, alla gestione dei costi (7), alla mancanza di competitività, alla burocrazia (8).

Per fare in modo che le innovazioni pervadono l'intero mondo della sanità bisognerebbe considerare e far fronte alle diverse barriere, coinvolgere i diversi *stakeholder*, favorire *network*, realizzare delle condizioni per cui nuovi modelli di finanziamento, di committenza, organizzativi possano essere sviluppati, colmare i *gap* che ancora vigono in Europa (metodi di sviluppo di innovazioni, dif-

ficoltà nell'implementazione e nella diffusione tra Paesi), favorire la ricerca e lo sviluppo di soluzioni innovative (*CE Panel Expert, Disruptive Innovation*). Tra le soluzioni attuabili per favorire la diffusione di progetti innovativi e sistemi all'avanguardia ci sarebbe l'impiego di alcune strategie come quelle relative al *co-design*, alla co-produzione e alla co-creazione. Il *co-design* nei servizi sanitari implica una *partnership* tra pazienti, professionisti e servizi comunitari per lo sviluppo di determinati progetti condotti dagli operatori. Il concetto di co-produzione, invece, prevede che i pazienti partecipino attivamente all'erogazione del servizio grazie ad un'equa e reciproca relazione tra professionisti e comunità e allo spostamento di potere, responsabilità e risorse dai professionisti agli individui. La co-creazione prevede, invece, che gli utenti divengano centrali non solo nella definizione del servizio, ma anche nella sua erogazione e nel suo sviluppo (9).

Tenendo conto delle suddette strategie, delle barriere alla diffusione delle innovazioni, del grado di coinvolgimento degli *stakeholder* e delle caratteristiche di vera innovatività del progetto, ciò che sarà opportuno ricordare sempre sarà il dover calare ogni innovazione nella realtà in cui verrà implementata, tenendo conto, pertanto, degli aspetti finanziari ed organizzativi, ma anche socio-culturali e personali del paziente. ●

Innovazione in Sanità nei Paesi Indice

CANADA

Innovazioni di rete, quali i sistemi territoriali di collegamento e connessione organizzativa e tecnologica tra operatori specializzati

Canadian Health Services and Policy Research Alliance (Chspra)

L'*Alliance* promuove la collaborazione, il coordinamento e gli investimenti strategici tra i servizi sanitari e gli enti di ricerca attraverso strategie, quali la promozione della ricerca e dell'innovazione, la misurazione dell'impatto dei servizi sanitari e della ricerca stessa. Per realizzare ciò, si perseguono delle priorità: creazione di sistemi di apprendimento per guidare un sistema efficiente ed efficace, promozione dell'innovazione del sistema anche attraverso lo sviluppo dell'e-health e dell'offerta di servizi maggiormente accessibili ed integrati.

Canadian Cancer Research Alliance (Ckra)

Ckra supporta l'analisi dei *big data*, le innovazioni nel campo della ricerca per la prevenzione oltre a co-finanziare due progetti: *a. The Better Coalition* che punta a migliorare la prevenzione delle malattie croniche nelle pratiche di assistenza primaria; *b. Chronic Disease Prevention Alliance of Canada*: azione collaborativa sull'obesità infantile. Sempre Ckra ha sviluppato una strategia condivisa quinquennale, *Target2020*, questa intendeva accelerare la ricerca e massimizzare l'impatto degli investimenti nella ricerca del cancro.

Innovazioni di processo in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie

Community Hypertension Prevention Initiative

È un programma evidence-based, lanciato in Ontario della British Columbia nel 2016, progettato per affrontare l'ipertensione tra gli anziani attraverso una migliore gestione dei fattori di rischio modificabili. Questa iniziativa, prevede un accordo di impatto sociale (Sib) con gli investitori che finanziano ed il governo paga solo al raggiungimento del risultato di salute. L'iniziativa si basa sul *Cardiovascular Health Awareness Program (Chap)* programma di prevenzione *multilevel* che mobilita e coordina volontari per addestrati, professionisti della salute e organizzazioni basate sulla comunità per identificare e gestire meglio i fattori di rischio di malattie cardiache e ictus. Non sono ancora stati pubblicati i risultati.

Innovazione di classificazione e di finanziamento, in termini di nuovi sistemi di codifica delle prestazioni e di finanziamento delle stesse

Procure to Pay (P2P)

Lanciata nel 2012 dall'Agencia per la salute pubblica del Canada (Phac) in collaborazione con *Health Canada* (HC), è una nuova modalità di transazione creando una singola piattaforma di servizi condivisi integrata che ha inizio con l'acquisizione dei servizi e termina con il pagamento delle fatture. Obiettivi del progetto sono stati: l'utilizzo di una piattaforma tecnologica digitalizzata e integrata; la riduzione del supporto cartaceo; centralizzazione delle operazioni contabili in soli due hub nazionali; raggruppare più *team* di Hc e Phac in un'organizzazione di servizi più centralizzata. Dal 2014/2015 la soluzione *Procure to Pay* è stata estesa all'*Aboriginal Affairs and Northern Development Canada*.

SPAGNA

Innovazioni negli strumenti di comunicazione, in riferimento agli strumenti ed i canali innovativi di comunicazione tra i diversi operatori della sanità

Don't forget to take your medicine!

Lanciato nel 2006 nella regione di Madrid, è un programma di prevenzione rivolto ai pazienti anziani che fanno uso di terapie complesse. L'obiettivo dell'iniziativa co-progettata, era assicurare che i farmaci assunti dai pazienti fossero conformi a quelli prescritti, migliorare l'autogestione dei farmaci da parte del paziente sia in termini di dosaggio che di piano terapeutico per migliorare l'irregolare assunzione di farmaci, la duplicazione e le sospette reazioni avverse. Già nel 2008, la percentuale di pazienti di età superiore a 75 anni ad alto rischio di effetti avversi per i farmaci assunti è scesa al 14,4%; l'impatto globale da un'indagine condotta con 127.206 pazienti impegnati nel programma nel giugno 2011 (tasso di risposta del 64%) ha indicato che il 91,6% degli intervistati, aveva capito come assumere i farmaci prescritti, il 92,4% ne conosceva il dosaggio e il 95,37% mostrava buona compliance. Il progetto è stato esteso ad altre regioni come l'Estremadura nella Spagna sud-occidentale e le Isole Canarie.

Centro di Assistenza Sanitaria Multicanale (Mhsc)

Iniziativa sviluppata nel 2011 per il trattamento delle patologie croniche, ha avuto come obiettivo la riduzione del numero di interazioni paziente-medico dal vivo, canalizzandole verso piattaforme di comunicazione alternative quali web, telefono, sms e tv digitale per ridurre il costo dei servizi sanitari, e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Innovazioni di rete, quali i sistemi territoriali di collegamento e connessione organizzativa e tecnologica tra operatori specializzati

InnovaSaúde

È un piano di innovazione sanitaria lanciato nella comunità autonoma della Galizia in Spagna. InnovaSaúde mira ad innovare l'offerta sanitaria al fine di garantire un'assistenza sanitaria patient-centered, incentrata sui malati cronici, sicura, veloce ed intelligente che applica nuove soluzioni tecnologiche per ridurre il più possibile gli errori umani professionali; per perseguire i suoi obiettivi, si è avvalsa di 14 sottoprogetti.

Hospital Clínic di Barcellona (Hcb)

Hospital Clínic di Barcellona è un ospedale universitario pubblico che funge sia da ospedale comunitario, sia come centro di riferimento per media e alta complessità e un ospedale terziario per diverse patologie e interventi sia a livello spagnolo che internazionale. HCB sta creando reti con ospedali di altre aree della Catalogna. Obiettivi dell'Hospital Clínic sono stati l'implementazione di nuove unità multidisciplinari centrate sulle patologie, sviluppando sistemi di informazione per supportare e migliorare le decisioni cliniche e garantire che le decisioni siano prese in base alle evidenze ed alla valutazione degli outcomes di salute; la progressione verso una medicina preventiva, predittiva, personalizzata e partecipativa (medicina P4); la ridefinizione di nuovi ruoli per gli infermieri nei programmi di gestione delle malattie croniche; l'uso della tecnologia per potenziare la ricerca.

Innovazioni tecnologiche, attraverso l'utilizzo esteso delle tecnologie sanitarie e digitali

Hospital 2050 (H2050)

È stato un piano di innovazione sanitaria incentrato sullo sviluppo di tecnologie in grado di dare vita all'ospedale del futuro; attivato attraverso un processo di appalto pubblico innovativo, si è concluso nel 2015 con la realizzazione di nove progetti strutturati attorno a 3 assi principali: ospedale sicuro; ospedale sicuro; ospedale sostenibile ed efficiente. I vantaggi di questo approccio sostenibile hanno comportato una riduzione dei rischi ambientali e occupazionali, qualità dell'assistenza ai pazienti, riduzione dei costi, riduzione del consumo energetico, logistica e miglioramento della produttività.

Servizio di Telemedicina Teki

Il Servizio utilizza una tecnologia Microsoft che consente ai pazienti, consultazioni e riabilitazione direttamente nelle loro case monitorati a distanza dal centro multicanale. L'obiettivo di questa iniziativa è stato la riduzione dei pazienti che necessitano di riospedalizzazione nei mesi successivi al ricovero. Il primo pilota ha coinvolto pazienti cronici respiratori Bpco, maschi con un'età media di 72 anni che avevano avuto almeno un ricovero in ospedale a causa di una esacerbazione nell'ultimo anno. Attraverso questo servizio è stato possibile per i pazienti comunicare con il proprio medico in videoconferenza, con messaggi vocali o di testo, fare fisioterapia, guidati da figure animate, e con-

	<p>trollati dal monitoraggio medico. La prossima tappa potrebbe essere l'estensione di Teki direttamente su smartphone e tablet.</p> <p><i>e-Pharmacy e Prescrizione</i></p> <p>Parte integrante della gestione delle malattie croniche è un'attenta prescrizione e somministrazione dei farmaci ottenuta tramite l'informazione e l'educazione dell'utente. La prescrizione elettronica contribuisce sia a promuovere l'integrazione e la continuità dell'assistenza sanitaria, sia a migliorare la sicurezza dei pazienti e l'efficienza nell'uso dei farmaci soprattutto in ambito di terapie integrate croniche. L'obiettivo è stato quindi creare una singola registrazione farmacoterapeutica elettronica del paziente che comprenda tutti i livelli di assistenza, rendendo disponibili le informazioni necessarie a ciascuno dei diversi protagonisti coinvolti e raggiungendo l'integrazione della prescrizione-dispensazione. Dato l'impatto, l'iniziativa è stata estesa in tutti Paesi Baschi già nel 2013, aumentando l'uso sicuro ed efficiente dei medicinali e comportando un risparmio per i cittadini e per il sistema.</p>
<p>Innovazioni di processo in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie</p>	<p><i>Ribera Salud</i></p> <p><i>Ribera Salud</i> è la principale organizzazione di gestione sanitaria in Spagna che ha promosso un'organizzazione innovativa di processi clinici e obiettivi per ogni livello di assistenza: l'integrazione tra il medico di base e l'assistenza ospedaliera migliora l'assistenza continua incentrata sul paziente e il suo caregiver. È stato sviluppato un modello basato sulle tecnologie dei sistemi informativi (Ist), dove le cartelle cliniche sono condivise elettronicamente tra l'ospedale, il medico di base e i pazienti, in modo da facilitare la continuità longitudinale delle cure. Gli specialisti possono così prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche "integrate"; il nuovo "Modello ospedaliero" presuppone il coordinamento di specialisti; comunica al paziente informazioni mediche cliniche in modo comprensibile; garantisce la continuità delle cure; coordina le cure per conto del medico di famiglia durante l'ospedalizzazione garantendo continuità tra i diversi livelli di cura. La <i>Partnership</i> con altre organizzazioni all'interno della comunità, come i comuni, le associazioni e le scuole per promuovere la prevenzione e l'adozione di stili di vita sani. Nel 2012, <i>Ribera Salud</i> ha progettato e lanciato il programma <i>Plan for Chronic Patients</i>, un piano di assistenza per pazienti di età superiore ai 75 anni con più di due malattie croniche, trattamenti complessi ed esposizione a più farmaci. Sono stati creati <i>team</i> di professionisti tra cui medici generici, infermieri, professionisti della salute mentale e operatori sociali, che offrano aiuto domestico con enfasi sulla tecnologia che ha facilitato l'identificazione e il monitoraggio di questi pazienti. Un anno dopo, il programma pilota è cresciuto fino a 4.539 pazienti, dimostrando una diminuzione di circa il 25% nell'uso del pronto soccorso e una diminuzione delle riospedalizzazioni del 27%.</p>

SVEZIA

Innovazioni di rete, quali i sistemi territoriali di collegamento e connessione organizzativa e tecnologiche tra operatori specializzati

Telemedicina (Tmc) degli ospedali di Sollefteå e Borås

Il progetto di teleradiologia, lanciato in Svezia nel 2006, ha consentito ai reparti di radiologia degli ospedali di Sollefteå e Borås, di connettersi ed espandere le prestazioni dei loro servizi di radiologia per garantire un maggiore e rapido accesso al servizio. Infatti, le Mri e le Ct, non classificate come urgenti, vengono inviate tramite alla clinica di Telemedicina di Barcellona, attraverso la rete per l'assistenza sanitaria Sjunet, per l'analisi, con risultati disponibili in 24-48h. Una prima analisi dei costi ospedalieri ha mostrato una riduzione della spesa di circa il 35% già nel 2007, con un risparmio di circa 800.000€ all'anno a partire dal 2008. Inoltre, grazie a questo servizio si è assistito alla riduzione dei tempi di attesa da 52 a 22 settimane per le scansioni Mri e da 12 a 6 settimane per le scansioni Ct.

Innovazioni tecnologiche, attraverso l'utilizzo esteso delle tecnologie sanitarie e digitali

KRY

L'obiettivo della *start-up*, lanciata in Svezia nel 2015, è di offrire un'assistenza sanitaria equa e accessibile in pochi minuti, h24, 7 giorni su 7. Per i pazienti è possibile scaricare l'app Kry, disponibile su varie piattaforme, accedervi in modo sicuro attraverso *BankID* e selezionare un orario adatto per un video-appuntamento con un medico. Il medico chiama il paziente, o viceversa, tramite l'app per la video-consulazione, attraverso la quale è inoltre possibile ricevere prescrizioni per farmaci, consigli, rinvio ad uno specialista o a test in laboratorio da svolgere direttamente a casa con un appuntamento di *follow-up*. Le videoconsultazioni di Kry hanno la stessa tariffa degli appuntamenti standard con i medici in Svezia. Attualmente è in grado di gestire il 60% delle 100 diagnosi più comuni nell'assistenza sanitaria primaria, fornisce oltre l'1% di tutte le cure primarie in Svezia, impiegando oltre 200 medici. Kry è ora disponibile anche in Norvegia e in Spagna dove raggiunge oltre 100.000 utenti.

Innovazioni di processo in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie

The Swedish Rehabilitation Guarantee (Srg)

Questo programma ha riguardato i pazienti che vivono nella regione svedese di Skåne al sud della Svezia ed è stato introdotto con lo scopo di prevenire l'assenza per malattia ed aumentare il ritorno tempestivo al lavoro dei pazienti affetti. L'offerta prevedeva due servizi a seconda della patologia sottostante: terapia cognitivo comportamentale (Cbt) per i pazienti con disturbi mentali e comportamentali leggeri o moderati; riabilitazione multimodale (Mmr) con un *team* polispecialistico (fisioterapista, terapeuta occupazionale, comportamentista, sociologo o psicologo e medico, a volte anche infermiere) per coloro i quali presentano dolore muscolo-scheletrico a schiena, collo e spalle da almeno tre mesi, o con dolore generalizzato come fibromialgia. Cbt ha ridotto le assenze lavorative dovute alla malattia, indi-

pendentemente dallo stato del paziente all'inizio del programma. Per entrambi i pazienti Cbt e Mmr, il numero di visite mediche nell'anno successivo è aumentato; infine le prove confermano che il programma Cbt è stato un investimento economicamente vantaggioso utilizzando un *follow-up* di almeno 2 anni.

National Quality Registries (Nqr)

I Nqr, circa 100 sulle patologie più diffuse, sono nati con l'obiettivo di mettere in rete pazienti e centri clinici così da favorire la standardizzazione dei processi, la ricerca e la partecipazione ai *trial*. I Registri contengono, per ogni paziente, i dati demografici, le caratteristiche del *provider*, la struttura di cura, gli interventi medici e i risultati dei trattamenti. Questo sistema di assistenza e apprendimento supportato dal registro consente un approccio sinergico al miglioramento della salute, della pratica clinica, del *reporting* pubblico e della ricerca consentendo una medicina *value-based* e la standardizzazione dei processi, ora misurabili. L'approccio ha creato le condizioni per aumentare la probabilità che i pazienti ricevano cure uniformi di alto valore indipendentemente dalla loro posizione geografica garantendo quindi uniformità nell'accesso alle cure e riduzione dei costi.

FRANCIA

Innovazioni di rete, quali i sistemi territoriali di collegamento e connessione organizzativa e tecnologica tra operatori specializzati

Lean Management

Il ministero francese per la salute, sostenuto dal Segretariato generale per la modernizzazione del governo (Sgmap), ha lanciato il programma Lean Management nell'ospedale della città di Nancy in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per il Sostegno alle Prestazioni negli Ospedali (Anap). Obiettivi del programma erano: migliorare l'accesso e la qualità delle cure mediche migliorando l'efficienza globale e le condizioni di lavoro; ridurre il tempo trascorso dai pazienti nei Pronto Soccorso; aumentare il tasso di occupazione delle sale operatorie, riducendo così i tempi di attesa prima degli interventi chirurgici; ottimizzare il coordinamento tra vari *team* (medici, infermieri, badanti, portatori di barelle); ridurre il deficit ospedaliero; mobilitare i dipendenti sugli obiettivi da raggiungere e sulla gestione dei progetti. L'iniziativa ha portato risultati quali, la riduzione del 28% del tempo medio di attesa grazie ad un maggiore coinvolgimento del personale medico e paramedico; l'ottimizzazione della sala operatoria con aumento del tasso di occupazione del 20% ed un migliore utilizzo delle attrezzature tecniche; la responsabilizzazione dell'infermiere *senior* per guidare e implementare i servizi; il rafforzamento della comunicazione tra i diversi professionisti coinvolti.

Innovazioni di processo in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie

Sophia

Sophia è un programma lanciato nel 2008 ideato per garantire assistenza ai circa 15 milioni di persone affette da malattie croniche in Francia, con l'obiettivo di migliorare l'accesso e il benessere dei pazienti per ridurre la frequenza e la gravità delle complicanze allo scopo di diminuire l'impatto finanziario delle malattie croniche sia per i pazienti che per la comunità. Il servizio è stato offerto dall'Assicurazione sanitaria in collaborazione con le associazioni dei pazienti, ed altri *partner* e inizialmente ha avuto come *focus* una singola patologia, il diabete. In questa iniziativa, gli infermieri supportavano i pazienti affetti nelle scelte sanitarie e nella vita quotidiana, piattaforme tecnologiche contribuivano al miglioramento dell'autodeterminazione del paziente e riducevano il rischio di complicanze/ricoveri (sito web, e-mail, libretto *Milestones* informativo sugli esami di *follow up* e sulle attività di prevenzione, un diario dedicato *Sophia and You* contenente testimonianze di pazienti e operatori sanitari in cui venivano elargiti consigli su come convivere meglio con la malattia e adattare le proprie abitudini per migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio di complicazioni). Circa 140.000 pazienti sui potenziali 440.000 hanno aderito al progetto ed in questi è stato osservato un miglioramento dell'equilibrio glicemico e della consapevolezza circa la patologia e le sue implicazioni. Dopo una sperimentazione di 4 anni, il Cnamts (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) ha deciso di estendere il servizio *Sophia Diabetics* all'intero Paese e di lanciare una nuova sperimentazione sull'asma.

Innovazioni tecnologiche, attraverso l'utilizzo esteso delle tecnologie sanitarie e digitali

Hopital Numerique

Lanciato alla fine del 2012 è stato un piano strategico di sviluppo relativamente ai Sistemi informativi ospedalieri, che ha avuto i seguenti obiettivi: coordinare gli attori istituzionali per conseguire uno sviluppo di un'agenda comune per lo sviluppo di sistemi informativi ospedalieri; implementare progetti innovativi per il raggiungimento, in tutte le strutture sanitarie, di uno stesso livello di digitalizzazione (*imaging*, laboratorio, cartelle cliniche informatizzate, prescrizione elettronica, agenda del paziente, management sanitario e amministrativo). A tal fine, sono state individuate 4 aree strategiche: *governance* dei sistemi informativi; rafforzamento delle competenze relative ai sistemi informativi ospedalieri; definizione e strutturazione dell'offerta di soluzioni; finanziamento. Il programma era quinquennale, ma già dalla fine del 2015 le aziende, fornitrici di soluzioni informatiche nel campo sanitario, hanno potuto richiedere la certificazione "Qualità Ospedale Digitale" per il raggiungimento di determinati standard digitali.

Territoire de soins numerique

Il programma, lanciato nel 2014, ha avuto lo scopo di far emergere soluzioni organizzative e innovative per orientare il paziente nel sistema sani-

	<p>tario e rinforzare il coordinamento tra i professionisti sanitari. Sono stati scelti cinque progetti che hanno coinvolto oltre un milione e mezzo di cittadini al fine di promuovere la presa in carico in <i>équipe</i>, l'<i>empowerment</i> dei pazienti e lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali integrati e con figure di coordinamento. Tutti e cinque i progetti hanno posto l'attenzione sulle patologie croniche e a tal proposito, le proposte vertevano su piattaforme digitali destinate sia ai professionisti che ai pazienti. Lo scopo finale del programma era quello di valutare le soluzioni efficaci ed innovative atte ad essere riprodotte su scala nazionale. Essendo un'iniziativa triennale, i risultati sono ancora limitati.</p>
--	---

GERMANIA	
<p>Innovazioni di processo in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie</p>	<p><i>Centro per la cefalea della Germania occidentale</i> Ideato nel 2005 da <i>Kaufmannische Krankenkasse</i> (Kkh, assicuratore tedesco) e dall'ospedale universitario di Essen, offre l'opportunità ai pazienti affetti da cefalea ed emicrania di effettuare controlli integrati con un neurologo, uno psicologo e un fisioterapista, che poi congiuntamente esprimono una diagnosi. Dopo questo iter, i pazienti vengono subclassificati in base alla gravità della patologia. Questa iniziativa ha assicurato diagnosi e prescrizioni appropriate, ha ridotto dal 58% all'11% i pazienti che perdevano 6 o più giorni di lavoro e già nel 2009 ha comportato un risparmio sui costi.</p>
<p>Innovazioni tecnologiche, attraverso l'utilizzo esteso delle tecnologie sanitarie e digitali</p>	<p><i>E-Health Card</i> È un'infrastruttura telematica, idonea per l'interconnessione tra compagnie di assicurazione sanitaria, medici ed ospedali. La <i>E-Health Card</i>, che sarà operativa dal 1° luglio 2018, inizialmente conterrà solo i dati amministrativi della persona assicurata e ogni assicurato deciderà autonomamente se e in che misura avvalersi delle possibili implementazioni offerte per l'archiviazione dei dati medici; la <i>card</i> può contenere infatti informazioni circa allergie, impianti protesici, malattie pregresse, piani terapeutici per evitare prescrizioni aggiuntive o interazioni critiche tra farmaci; l'accesso è consentito ai pazienti stessi tramite un codice pin ed un codice chiave o ai medici solo in caso di emergenza; una rete sanitaria sicura istituita <i>ad hoc</i>, garantisce lo scambio sicuro di informazioni mediche sensibili. Questa innovazione ricerca un miglioramento della qualità delle cure mediche grazie a una migliore informazione e trasmissione dei dati di assistenza, facilmente accessibili e maggiormente riproducibili.</p>

Innovazione di classificazione e di finanziamento, in termini di nuovi sistemi di codifica delle prestazioni e di finanziamento delle stesse

Gesundes Kinzigtal Integrated Care finanziati attraverso bundle payment

Un finanziamento *bundle* prevede un importo fisso che il terzo pagante paga ad un *provider*, ente gestore del finanziamento unitario, che governa e coordina la produzione di servizi da parte di propri professionisti e strutture e/o altri *provider* che concorrono nell'offerta dei servizi. Nel 2006 sono stati sviluppati nella regione tedesca del *Kinzigtal*, programmi di assistenza integrata, chiamati *Gesundes Kinzigtal Integrated Care* per pazienti con patologie croniche come diabete, osteoporosi e scompenso cardiaco. Tali programmi prevedevano che i *provider*, che offrivano questa modalità di assistenza integrata, venivano pagati attraverso un singolo pagamento per tutti i servizi forniti durante l'intero percorso di assistenza e a seconda dei risultati di salute ottenuti. Grazie a questa iniziativa, è stato possibile evidenziare la riduzione del tasso di mortalità, della frequenza di fratture, sono diminuite le prescrizioni inappropriate dei farmaci e si è registrata una riduzione dei costi e della richiesta di assistenza ospedaliera.

REGNO UNITO

Innovazioni tecnologiche, attraverso l'utilizzo esteso delle tecnologie sanitarie e digitali

Babylon

Babylon, è stato avviato come progetto pilota nel marzo 2015 attraverso due medici di base dell'*Eastwood Group Practices*, Southend, e *Highlands Surgery*, Leigh-on-Sea. L'idea di questo progetto nasce dall'esigenza di garantire un più facile e rapido accesso ai servizi di assistenza sanitaria. Gli utenti/pazienti possono scaricare l'app, sottoscrivendo un canone mensile per l'accesso illimitato ai medici generici oppure optare per un modello *pay-as-you-go*, e tramite questa è possibile mandare sms, foto o video o direttamente videochattare *live* con il medico, l'infermiere o il terapeuta. Sempre attraverso l'app è possibile richiedere kit diagnostici, monitorare il proprio stato di salute e richiedere prescrizioni mediche. Nel novembre 2017 a Londra è stato integrato il *Servizio Medico di base a portata di mano (GP at Hand)* con il quale i pazienti possono prenotare un appuntamento tramite l'app per smartphone e avere una consultazione video con un medico di Nhs in meno di due ore dalla prenotazione, senza costi aggiuntivi per il paziente. A febbraio 2018 si sono registrate circa 2.000 consultazioni video a settimana, il 30% delle quali fuori dal normale orario di apertura del Gp (8:00-20:00).

Innovazioni di processo in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie

Shine

Il progetto, lanciato nel 2010, è stato un modo olistico per dare assistenza agli abitanti nel distretto londinese di Islington residenti in case fredde, umide, causa spesso di mortalità, morbilità o ricovero ospedaliero. Attraverso una *partnership* tra attori del settore pubblico, del privato e del volontariato, è stato reso possibile l'accesso rapido ed economico a oltre 25 diversi interventi sanitari stagionali (come ad esempio consulenze sul benessere e lo stato di salute, visite di efficienza energetica domestica, valutazioni delle cadute e *training* per smettere di fumare) con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri e migliorare l'accesso e la qualità dei servizi complessivi offerti ai pazienti anziani ed alle popolazioni a rischio. Il programma ha ricevuto 4.150 referenze in 3 anni e a seguito dei *feedback* positivi, i servizi offerti sono stati implementati (rinvii di debito e consulenza finanziaria, lavori di manutenzione e controlli di sicurezza domestica). Inoltre, il programma è stato esteso al distretto londinese di Hackney.

Lambeth Living Well Collaborative

The Collaborative, ideata nel 2010, ha coinvolto circa 6.000 persone iscritte al registro SMI (grave malattia mentale) di Lambeth o gestite tramite *Community Teams by the South London and Maudsley Nhs Foundation Trust (SLaM)*. L'iniziativa ha permesso di co-progettare una nuova offerta di servizi in cui cittadini e fornitori forniscono servizi congiuntamente, garantiscono un accesso ai servizi universali per tutti i cittadini affetti da condizioni a lungo termine o gravi malattie mentali al fine di garantire migliore salute fisica e mentale, maggiore autodeterminazione e autonomia agli affetti da queste patologie attraverso una partecipazione alla vita quotidiana che fosse paritaria, assicurando inclusione nella società con una minore stigmatizzazione e discriminazione. La *Collaborative*, che ha coinvolto 15 delle 48 pratiche di assistenza primaria di Lambeth, ha implementato i servizi attraverso la creazione di una rete del benessere costituita da *team* integrati multidisciplinari, già a partire dall'ottobre 2013.

Living well with diabetes

Il progetto è stato sviluppato da RED in collaborazione con il *Bolton Diabetes Network* nel maggio 2006 con lo scopo di co-creare un servizio sanitario integrato con la vita quotidiana, centrato sull'utente e co-disegnato con gli utilizzatori. A tal fine sono stati creati *Agenda-Cards* per la collaborazione medico-paziente ed è stata introdotta la figura del *personal-trainer* per le persone affette da diabete.

Activmobs

Il Kent County Council (KCC) in collaborazione con il *team Red* con l'obiettivo di promuovere uno stile di vita sano, ha ideato un'iniziativa, *Activmobs*, lanciata nella città di Maidstone e nella zona intorno alla tenuta di Park Wood co-pro-

dotta con i cittadini di questi distretti. Il risultato è stato la co-prototipizzazione di *Activmobs*, un gruppo informale di 2-15 persone, che condividono attività volte al benessere. *Activmobs* ha fornito una piattaforma online che supporta la creazione, la registrazione e la convalida di ciascun *mob* e gli strumenti incentivanti la formazione di gruppi, come la carta "miglia salute", che offre alcune convenzioni per i partecipanti attivi al progetto o il "diagramma del benessere" e una "dichiarazione" di attività svolte per certificare i miglioramenti di salute. L'iniziativa sta ora aiutando altre comunità, come la comunità di Betteshanger, a creare le proprie attività.

Open Door

È un'impresa di assistenza sanitaria e sociale con progetto pilota a Grimsby città della contea del Lincolnshire. Obiettivo di questo progetto era quello di coinvolgere gruppi difficili da sensibilizzare, soprattutto persone con difficoltà come tossicodipendenti e criminali, ad accedere ai servizi di assistenza per conseguire risultati di salute e per il recupero ed il reinserimento in società. La progettazione ha previsto un approccio di *co-design* articolato in varie fasi con studi etnografici, osservazioni, schede di conversazione e telecamere usa e getta, *workshop* con il gruppo di *stakeholder* (*Nhs Staff, Drug Drugs*, terzo settore, *Citizens Advice Bureau*, banche) per visualizzare poi i dati raccolti ed infine ha redatto un database e presentato un prototipo approssimativo del servizio, per incoraggiare il finanziamento e l'adesione delle altre parti interessate. Sei mesi dopo il completamento del progetto, *Open Door* è stato affiliato al *Big Life Group* (aziende sociali e enti di beneficenza) ed i pazienti che avevano beneficiato della comunità *Open Door*, hanno potuto co-programmare *Open Door*, ricoprendo anche ruoli di responsabilità nell'implementazione del progetto. Dopo 24 mesi, le persone che frequentavano il centro di salute si sono quadruplicate (721 pazienti registrati) con oltre 187 persone reintrodotti ai servizi sanitari tradizionali e reintegrati nella società.

Innovazione di classificazione e di finanziamento, in termini di nuovi sistemi di codifica delle prestazioni e di finanziamento delle stesse

Personal Health Budgets

Introdotta nel 2009, l'assegno sanitario, erogato direttamente al cittadino o gestito dal Servizio sanitario nazionale (Nhs) o da terze parti ha permesso ai pazienti di poter scegliere sia il *provider* che i servizi a cui accedere con l'obiettivo di aumentare l'auto-consapevolezza del paziente puntando su un'assistenza pianificata con maggiore accento sulla prevenzione, sul controllo e sulla scelta dei servizi ricevuti al fine di ridurre l'accesso all'assistenza secondaria e garantire sia un controllo reale dei servizi che una migliore soddisfazione degli utilizzatori. I beneficiari degli assegni sanitari personali hanno conseguito, come risultato, un miglioramento della qualità della vita e del proprio benessere psicologico.

STATI UNITI

Innovazioni negli strumenti di comunicazione, in riferimento agli strumenti e i canali innovativi di comunicazione tra i diversi operatori della sanità

Partnership for Patients

Questo partenariato, lanciato nell'aprile 2011, collabora con agenzie federali, *Hospital Improvement Innovation Network* (Hiin – Reti di miglioramento ospedaliero) e *partner* pubblici-privati. Più di 8.000 *partners* si sono impegnati per perseguire l'obiettivo di ridurre le riammissioni ospedaliere, concentrarsi sulla riduzione delle complicazioni dovute alle transizioni tra ambienti di cura, attraverso 2 sottoprogetti: *The Community-based Care Transitions Program*: 46 siti testano modelli per il miglioramento delle cure e delle transizioni ospedale-strutture assistenziali; *Patient and Family Engagement*: mira a coinvolgere pazienti e *caregiver* sia nel percorso di assistenza che nella transizione. Nel dicembre 2016, *Health and Human Services*, ha stimato che le condizioni acquisite in ospedale sono diminuite del 21% con un risparmio di 28 miliardi \$ in 5 anni. Ad oggi, oltre 6.000 organizzazioni, tra cui oltre 3.000 ospedali, hanno aderito a *Partnership for Patients*.

Innovazioni di processo in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti in riferimento alle diverse patologie:

Recovery Innovations

Recovery Innovation è una Ong presente in Arizona che forniva servizi agli adulti con gravi problemi di salute mentale o che facevano uso di sostanze stupefacenti. Questa organizzazione ha rivoluzionato il modo di offrire assistenza, sviluppando un programma di formazione per l'occupazione, ora utilizzato in 16 Stati degli Stati Uniti, che offre alle persone che hanno utilizzato i servizi psichiatrici l'opportunità di formarsi come Peer Supporters. L'iniziativa prevede un programma di formazione di 70 ore per l'istruzione e l'apprendimento delle competenze atte ad ottenere, e fornire a loro volta, assistenza e supporto. Nel primo anno in cui i peers hanno lavorato in uno degli ospedali, si è assistito ad una riduzione del 56% nei ricoveri ospedalieri, una riduzione del 36% nell'isolamento, una riduzione del 48% degli arresti ed una riduzione, già nei primi 15 mesi, del 15% dei ricoveri con un risparmio conseguente di circa 10 milioni \$. Il programma è stato poi ampliato per facilitare l'accesso all'alloggio per le persone con problemi di salute mentale, con l'obiettivo di poter pagare l'affitto entro 12 mesi. *Recovery Innovations* ora supporta i servizi di salute mentale in 5 stati negli Stati Uniti con i suoi programmi di formazione emulati in altri Paesi.

Gundersen Health

Gundersen Health è un sistema sanitario indipendente e integrato con sede a La Crosse, nel Wisconsin che ha lanciato un programma per il coordinamento delle cure nel proprio territorio di riferimento, nel 2003. L'adesione è su base volontaria senza costi aggiuntivi e prevede uno screening iniziale per i rinvii al programma di coordinamento dell'assistenza per pazienti con:

	<p>multimorbilità, accesso a più operatori sanitari, problemi di gestione dei farmaci, frequenti ricoveri ospedalieri, visite in regime di emergenza, mancanza di sostegno sociale, limitazioni finanziarie e deficit cognitivi. I rinvii erano invece automaticamente attivati quando i pazienti sono ospedalizzati per almeno 14 giorni; vengono riospedalizzati entro 30 giorni dalla prima ammissione; le spese ospedaliere superano i \$ 100.000. Accanto allo screening iniziale, è stato aggiunto un <i>tiering tool</i> a punteggio sia su fattori medici che su fattori psicosociali. Una volta che un paziente è stato arruolato, i coordinatori di assistenza (figura chiave che agisce come partner e sostenitore del paziente lungo tutto il percorso di cura) utilizzano il database Emr (<i>Electronic Medical Record</i>) e il colloquio personale per aiutare il paziente a comprendere le sue condizioni mediche, eseguire le istruzioni del medico e a ricevere livelli appropriati di assistenza. L'Emr, altro elemento fondamentale dell'iniziativa, consente ai coordinatori dell'assistenza di visualizzare gli appuntamenti dei pazienti, le visite ospedaliere programmate e le visite di pronto intervento urgenti, in modo da monitorare costantemente i risultati ed i progressi. Attualmente, il programma di <i>Gundersen</i>, si concentra sull'1% -2% dei pazienti con i profili di salute più complessi.</p>
<p>Innovazione di classificazione e di finanziamento, in termini di nuovi sistemi di codifica delle prestazioni e di finanziamento delle stesse</p>	<p><i>Bundled Payments for Care Improvement (Bpci)</i> Bpci sono stati introdotti nel 2011 da Cms (<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>) <i>Innovation Center</i> per incoraggiare le organizzazioni sanitarie e i medici a migliorare l'assistenza sanitaria prestata ai pazienti sia durante l'ospedalizzazione sia dopo la dimissione dalla struttura. Questa iniziativa mira a incoraggiare le organizzazioni sanitarie ad assumersi la responsabilità dell'intero spettro di erogazione delle cure sia acute sia postacute includendo tutti i servizi correlati fino a 90 giorni dopo la dimissione dall'ospedale così da rimborsare, attraverso un pagamento stabilito prima, più <i>provider</i> per mezzo di un singolo pagamento riferito a tutti i servizi forniti. <i>Bpci</i> offrono ai partecipanti la flessibilità di impegnarsi in 1 dei 4 modelli di pagamenti in <i>bundle</i> legati a un singolo episodio di assistenza per un massimo di 48 condizioni mediche e chirurgiche diverse. Ad ottobre 2015, l'iniziativa aveva già coinvolto 1.551 organizzazioni sanitarie (per lo più impegnate nel modello 2).</p> <p><i>Comprehensive Primary Care (Cpc)</i> E' un'iniziativa quadriennale concepita per rafforzare l'assistenza primaria, lanciata nell'ottobre 2012 dalla collaborazione di Cms con alcuni piani di assicurazione sanitaria commerciale e statale in 7 Stati degli Stati Uniti al fine di offrire assistenza basata sulla popolazione e opportunità di risparmio per le pratiche di assistenza primaria attraverso una continuità assistenziale integrata e stratificata sul rischio, con coinvolgimento decisionale del paziente e del <i>caregiver</i> che miri alla prevenzione. Le pratiche di assistenza primaria che partecipano al-</p>

l'iniziativa ricevono 2 forme di sostegno finanziario *fee-for-service* (Ffs) per conto dei beneficiari di *Medicare*: una tariffa mensile per la gestione dell'assistenza a prescindere dalla visita; una condivisione del risparmio netto sul programma *Medicare*. Dall'ottobre 2016, ci sono 442 siti di pratica *Cpc*, distribuiti nelle sette regioni con 38 contribuenti tra settore pubblico e privato che partecipano all'iniziativa *Comprehensive Primary Care*.

The Shared Savings Program

Questo programma volontario, incoraggia gruppi di medici, ospedali e altri operatori sanitari a riunirsi in Organizzazioni Responsabili delle Cure (Aco) per fornire un'assistenza coordinata e di alta qualità ai loro pazienti *Medicare* che beneficiano di un servizio a pagamento Ffs. *The Shared Savings Program* è un modello di pagamento alternativo che promuove l'autodeterminazione dei pazienti e offre servizi integrati per i beneficiari di *Medicare* Ffs.

Advance Payment Aco Model

Il modello Aco di pagamento anticipato è stato testato, a partire dal 2 novembre del 2011, da alcune organizzazioni che partecipano al *The Shared Savings Program*. Questo, è pensato per aiutare piccole aziende e fornitori con minore possibilità di accesso al capitale. Le Organizzazioni di assistenza responsabile (Aco) partecipanti hanno ricevuto tre tipi di pagamento: pagamento anticipato e fisso; pagamento anticipato variabile; pagamento mensile di importo variabile in base alla dimensione dell'Aco. Cms recupererà i pagamenti anticipati (*Advance Payments*) attraverso la compensazione dei risparmi condivisi guadagnati da un Aco.

Financial Alignment Initiative for Medicare-Medicaid Enrollees

Nato dalla collaborazione del Cms *Innovation Centere* del Cms *Medicare-Medicaid Coordination Office* nel 2011, questa iniziativa fornisce agli iscritti di *Medicare-Medicaid* due modelli per l'integrazione di servizi primari e l'allineamento del finanziamento per i programmi in questione: *Capitated Model*: in cui il piano sanitario riceve un pagamento combinato prospettico per fornire assistenza completa e integrata; *Managed fee-for-service* (Ffs) *Model*: in base al quale lo Stato potrebbe beneficiare dei risparmi derivanti da iniziative volte a migliorare la qualità e a ridurre i costi sia per *Medicare* che per *Medicaid*. Quando una proposta di stato soddisfa gli standard e le condizioni per *Financial Alignment Demonstration*, Cms e quello Stato sviluppano un memorandum d'intesa (*Memorandum of Understanding - Mou*) per stabilire i parametri dell'iniziativa prima dell'implementazione. Le prime dimostrazioni effettuate in 3 Stati, nel 2016, dimostravano un miglior accesso ai servizi, una diminuzione delle ammissioni ospedaliere, maggior soddisfazione per i pazienti che usufruivano di questi servizi ed un risparmio di circa il 3% nel periodo di *performance* 2013-2014 per lo Stato di Washington.

Innovazioni tecnologiche, attraverso l'utilizzo esteso delle tecnologie sanitarie e digitali

The Connected Cardiac Care Program (Cccp)

Questo programma di telemonitoraggio e educazione domiciliare di 4 mesi, è stato progettato per migliorare l'autogestione nei pazienti con insufficienza cardiaca a rischio di ospedalizzazione all'interno della rete di ospedali *Partners HealthCare*. Attraverso l'adesione a questo programma, i pazienti possono monitorare i parametri fisiologici rilevanti (pressione sanguigna, frequenza cardiaca, peso e saturazione di ossigeno nel sangue), ricevono risposte sui loro sintomi intorno allo scompenso cardiaco direttamente su un computer *touch-screen* a cadenza giornaliera e ricevono sessioni bisettimanali circa la patologia cardiaca. *Cccp* ha comportato la riduzione del 51% delle riammissioni ospedaliere per insufficienza cardiaca, la riduzione del 44% delle riammissioni ospedaliere per non insufficienza cardiaca relate, con un risparmio netto di 8.655\$ per paziente.

Capitolo 2

Swot Analysis dei Sistemi sanitari in esame

Il presente capitolo presenta un'analisi dei sistemi sanitari degli 8 Paesi già considerati nel report Aiop Giovani 2017 "Le sfide di oggi per la sanità di domani". Per il confronto è stata effettuata la *Swot Analysis*, strumento di pianificazione strategica utilizzato per identificare i punti di forza (*Strengths*), di debolezza (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e le minacce o rischi per il futuro (*Threats*) all'interno di un'organizzazione.

Per realizzare la seguente analisi sono state utilizzate le informazioni presenti nei due report prodotti da Aiop Giovani nel biennio precedente, analizzando gli indicatori demografici, epidemiologici, di *performance* e di finanziamento in essi riportati.

Al fine di realizzare un prodotto riproducibile per tutti i Paesi è stata costruita una griglia di domande finalizzata ad identificare, per ciascuno di essi, le caratteristiche principali di organizzazione, finanziamento ed erogazione, ma anche indicatori di *performance* e stato di salute che possono costituire punti di forza, di debolezza o allo stesso tempo opportunità e minacce per il futuro, a seconda del contesto nazionale e delle caratteristiche del sistema sanitario vigente.

Nella fase successiva, tali aspetti sono stati sintetizzati per punti chiave, per ogni Paese, in riquadri, rispettivamente, tesi a descrivere schematicamente punti di forza (in alto a sinistra), debolezza (in alto a destra), opportunità (in basso a sinistra) e rischi (in basso a destra).

Ogni schema *Swot* è, quindi, seguito da una scheda di sintesi analitica che si propone di affrontare in maniera più dettagliata l'analisi per Paese. ●

ITALIA

STRENGTHS

- **Servizi inclusi:** servizi di urgenza e emergenza, interventi di prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica, servizi di diagnostica, farmaci, protesica, riabilitazione e lungodegenza, assistenza medico-infermieristica domiciliare.
- 100% della popolazione italiana e straniera. Gli immigrati sono coperti per le emergenze.
- Accesso alle cure libero.
- Sono previste esenzioni complete per bambini sotto i 6 anni, anziani sopra i 65 anni, famiglie con basso reddito, disabili e detenuti.
- La spesa sanitaria ambulatoriale è pari al 2,06% di Pil.

WEAKNESSES

- **Servizi esclusi:** alcune prestazioni odontoiatriche, alcuni servizi di riabilitazione e assistenza domiciliare, medicina estetica, farmaci.
- Gli immigrati extra-EU sono esclusi da tutti i servizi eccetto le urgenze.
- E' previsto il pagamento di una quota ticket per tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche.
- La spesa sanitaria totale è pari al 9,05% di Pil.
- Nel 2014 la spesa ospedaliera era pari al 2,60% di Pil mentre la spesa per la Ltc era pari allo 0,86% di Pil.

OPPORTUNITIES

- Aspettativa di vita in salute alla nascita 73 anni.
- Gli *outcome* di salute della popolazione italiana sono tutti superiori alla media degli 8 Paesi studiati.
- Misure di controllo della spesa sanitaria: finanziamenti *global-budget* per ospedali e Asl.
- L'analisi statistica ha evidenziato correlazione intermedia ($\rho=0.66$) e statisticamente significativa ($p<0,05$) tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

THREATS

- Spesa media per dimissione ospedaliera 9858\$, con una degenza media di 6,8 giorni.
- L'Italia presenta un debito pubblico tra i più elevati tra le nazioni industrializzate.
- I *driver* principali dell'aumento della spesa sanitaria: aumento della spesa farmaceutica e tecnologica, ospedaliera specie per la componente tecnologia e farmaci, invecchiamento della popolazione, nonché minore disponibilità di risorse.
- Attualmente l'invecchiamento demografico è un importante fattore di aumento della spesa a carico del Ss in Italia. Non ci sono sufficienti dati disponibili per definire i trend complessivi futuri.

Il Sistema sanitario italiano (Ssn), classificato come un *National Health Insurance System* (1), è un sistema universalistico fondato sul modello *Beveridge*, caratterizzato da un'offerta dei servizi prevalentemente gratuita al cittadino. In questo sistema, regolamentazione e finanziamento sono prevalentemente statali, mentre l'offerta dei servizi può essere pubblica o privata.

Nel 2014 la spesa sanitaria dell'Italia è stata pari al 9,05% di Pil, mentre la spesa sanitaria pubblica risultava pari al 6,86% di Pil, coprendo con i propri servizi una popolazione di circa 60 milioni di persone. Tale percentuale di spesa è sicuramente insufficiente a coprire le necessità della popolazione, infatti circa il 2% della spesa sanitaria è privata e di questa circa il 90% risulta direttamente a carico delle famiglie. I dati economici costituiscono un importante punto di debolezza del sistema italiano che si trova a dover fronteggiare oramai da diversi anni un radicale cambiamento, epidemiologico e demografico, associato alle scarse risorse economiche a disposizione.

Il sistema italiano fornisce una copertura universale, includendo sia i residenti che i cittadini Ue in possesso della tessera sanitaria europea. Per gli altri, come i visitatori non europei o gli immigrati senza documenti, sono gratuiti solo i servizi di emergenza.

Uno dei principali punti di forza di questo sistema è l'erogazione di una vasta gamma di prestazioni, prescritte dal Mmg o dallo specialista che lavora all'interno della rete pubblica, gratuitamente o a seguito di compartecipazione. Tra questi troviamo: interventi di prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica, servizi di diagnostica, farmaci, protesica, riabilitazione e lungodegenza, assistenza medico-infermieristica domiciliare. I servizi di urgenza ed emergenza sono gratuiti per tutti. Il Sistema sanitario italiano prevede, inoltre, l'esenzione completa alla compartecipazione dalle spese sanitarie per alcune fasce d'età, quali i bambini sotto i 6 anni e gli anziani sopra i 65 anni, ma anche per le famiglie a basso reddito, per i disabili e i detenuti. Sono inoltre vigenti esenzioni complete per patologia che permettono l'accesso gratuito a tutti i servizi di diagnosi e cura associati a quella determinata condizione clinica. Per tutto il resto della popolazione, l'accesso ai servizi specialistici ambulatoriali e di diagnostica è subordinato al pagamento di una quota (ticket) di compartecipazione, variabile da regione a regione e uguale per tutti i cittadini. L'acquisto di farmaci ed altri presidi medici, prescritti dal Mmg o dallo specialista, sono soggetti a *co-payment* da parte del cittadino, mentre altri servizi come la maggior parte delle prestazioni odontoiatriche, alcuni servizi di riabilitazione e assistenza domiciliare, prestazioni di medicina estetica, farmaci da banco e l'emissione di certificati per viaggi o a fini assicurativi, sono completamente a carico del paziente.

Purtroppo in Italia non è stato possibile valutare l'andamento della spesa ospedaliera, ambulatoriale e per la Ltc, a causa dell'assenza dello storico. Tuttavia è evidente dall'osservazione del dato puntuale relativo all'anno 2014 come la spesa ospedaliera annua in percentuale di Pil (2,60% Pil) sia superiore alla spesa ambulatoriale (2,06% Pil) e come la spesa per la Ltc (0,86% Pil), sia comunque nettamente inferiore a quella della maggior parte dei Paesi studiati e quindi insufficiente a soddisfare le esigenze del Paese che, ad oggi, risulta tra i più anziani a livello mondiale. Questo dato costituisce sicuramente uno dei maggiori punti di debolezza e allo stesso tempo una minaccia per il futuro, considerando i trend demografici della popolazione italiana.

Il contenimento dei costi sanitari è un obiettivo primario dello Stato italiano, in quanto il debito pubblico in Italia è tra i più elevati tra le nazioni industrializzate. La capacità fiscale varia notevolmente tra le venti Regioni e, al fine di soddisfare gli obiettivi di contenimento dei costi, il Governo centrale può imporre a quelle in deficit, come ha già fatto nel corso degli ultimi anni, Piani di Rientro che prevedono la revisione delle spese ospedaliere e dei servizi diagnostici, attraverso diverse misure di controllo della spesa sanitaria non sempre atte a contemplare la tutela della qualità e della sicurezza delle cure. Alcune misure ad impatto negativo sulla popolazione, sono state la riduzione del numero di posti letto, l'aumento dei ticket per i farmaci e la riduzione del personale sanitario tramite il blocco del *turnover*. Altre strategie ad impatto positivo per i cittadini sono la negoziazione del prezzo dei farmaci e l'applicazione dell'*Health Technology Assessment* relativamente all'introduzione di nuovi farmaci e dispositivi medici.

Tuttavia, gli *outcome* di salute della popolazione italiana risultano superiori alla media degli otto Paesi studiati costituendo così un'importante opportunità per il Paese che potrebbe, attraverso politiche di promozione ed educazione alla salute, contenere ulteriormente i costi assicurando una migliore salute ai suoi cittadini. ●

CANADA

STRENGTHS

- **Servizi inclusi:** servizi di emergenza e urgenza, interventi di prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica e servizi di diagnostica.
- **100%** della popolazione canadese. Gli immigrati sono coperti per le emergenze.
- **Accesso alle cure libero.**
- Negli ultimi anni in Canada c'è sia stata una riduzione della spesa ospedaliera (1,66% Pil) a cui è corrisposto un incremento della spesa ambulatoriale (3,02% Pil) e per la Ltc (1,40% Pil).

WEAKNESSES

- **Servizi esclusi:** assistenza oculistica, prescrizione di farmaci, assistenza odontoiatrica, alcuni servizi di riabilitazione e assistenza domiciliare.
- Gli immigrati sono esclusi da tutti i servizi eccetto le urgenze.
- Circa i 2/3 della popolazione ha una Vhi per la copertura di quei servizi esclusi dal finanziamento pubblico.
- Non sono previste esenzioni per età o patologia, la protezione dei cittadini a basso reddito dal costo dei farmaci prescritti varia da regione a regione.

OPPORTUNITIES

- **Aspettativa di vita in salute alla nascita 72 anni.**
- **11%** di possibilità per un 30enne di morire entro i 70 anni per una qualsiasi malattia cronica.
- **Misure di controllo della spesa sanitaria:** finanziamenti *global-budget* per ospedali e autorità sanitarie regionali, negoziazione dei tariffari per gli interventi sanitari erogati dai *provider* e l'adozione di tariffe per i farmaci.
- I trend passati e futuri sull'andamento della spesa ospedaliera, ambulatoriale e per la Ltc evidenziano risultati incoraggianti sulla capacità di far fronte ai cambiamenti dei bisogni di salute del futuro.

THREATS

- **Spesa media per dimissione ospedaliera 15754\$, con una degenza media di 7,6 giorni.**
- **Spesa crescente per tecnologie, farmaci, personale sanitario e minore disponibilità di risorse.** Essa è cresciuta più rapidamente della crescita sia dell'economia che delle entrate pubbliche.
- I *driver* principali dell'aumento della spesa sanitaria: aumento della spesa farmaceutica e ospedaliera, nonché dalle assunzioni di nuovi professionisti e dall'erogazione di stipendi più alti.
- Non c'è correlazione statisticamente significativa tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65)

Il sistema sanitario canadese o *Medicare*, classificato come un *National Health Insurance System* (1), è un sistema universalistico fondato sul modello *Beveridge* caratterizzato da un'offerta dei servizi prevalentemente gratuita al cittadino. In questo sistema regolamentazione e finanziamento sono statali o regionali mentre l'offerta dei servizi può essere pubblica o privata.

Nel 2014 la spesa sanitaria del Canada è stata pari al 9,98% di Pil, mentre la spesa sanitaria pubblica risultava pari al 7,05% di Pil, coprendo con i propri servizi una popolazione di circa 35 milioni di persone. La spesa sanitaria pubblica costituisce, quindi, solo il 70% della spesa sanitaria totale, ciò ovviamente comporta che alcuni servizi sono necessariamente a carico dei cittadini. I servizi erogati gratuitamente dal Ssn al 100% della popolazione canadese sono: emergenza e urgenza, prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica e servizi di diagnostica; mentre gli immigrati sono coperti solo per le emergenze. Tuttavia, altri servizi quali l'assistenza oculistica, la prescrizione di farmaci, l'assistenza odontoiatrica ed alcuni servizi di riabilitazione e assistenza domiciliare non sono coperti dal Servizio sanitario nazionale e sono completamente a carico del cittadino. Per questo motivo circa i 2/3 della popolazione canadese ha stipulato una Vhi che contribuisce per il 12% alla spesa sanitaria, mentre circa il 14% della spesa proviene da pagamenti diretti da parte degli utenti ed è destinata ai farmaci da prescrizione e da banco, alla degenza in istituzioni non ospedaliere, alla *long term care*, alle cure odontoiatriche ed oftalmologiche.

Un importante punto di debolezza del Ss canadese è il decentramento a livello regionale e la variabilità interregionale, inoltre, non sono previste esenzioni per età o patologia e la protezione dei cittadini a basso reddito dal costo dei farmaci prescritti varia da regione a regione.

Un punto di forza del sistema e quindi, un'importante opportunità per il futuro, è costituito dalla stabilità economica del Paese che ha permesso l'efficace transizione dei finanziamenti dalla voce spesa ospedaliera (1,66% Pil nel 2014) alle voci spesa ambulatoriale (3,02% Pil) e per la Ltc (1,40% Pil). Nonostante ad oggi, l'invecchiamento demografico non costituisca un rilevante fattore di aumento della spesa sanitaria, questi trend evidenziano risultati incoraggianti sulla capacità di far fronte ai cambiamenti dei bisogni di salute del futuro.

Negli ultimi anni, comunque anche in Canada, in linea con altri Paesi industrializzati, la spesa sanitaria è cresciuta più rapidamente sia dell'economia che delle entrate pubbliche, e ciò ha causato preoccupazioni circa la sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria pubblica. I *driver* principali dell'aumento della spesa sono stati identificati nell'aumento della spesa farmaceutica e ospedaliera, nonché dalle assunzioni di nuovi professionisti e dall'erogazione di stipendi più alti. Per tali motivi, sono state adottate diverse misure di controllo, alcune ad impatto positivo sul sistema e sulla popolazione (l'adozione di finanziamenti *global-budget* per gli ospedali e le autorità sanitarie regionali, la negoziazione dei tariffari per gli interventi sanitari erogati dai *provider* e per i farmaci e l'applicazione dell'*Health Technology Assessment* relativamente all'introduzione di nuovi farmaci e dispositivi medici) altre ad impatto negativo (la riduzione dell'accesso ai corsi di medicina e infermieristica con la conseguente diminuzione del numero dei medici e degli infermieri e la limitazione degli investimenti nelle nuove tecnologie e nella ricerca).

La popolazione canadese presenta inoltre dei buoni *outcome* di salute che costituiscono un'ulteriore opportunità per il futuro circa la sostenibilità del sistema che potrebbe, attraverso politiche di promozione ed educazione alla salute, contenere ulteriormente i costi assicurando una migliore salute ai suoi cittadini. ●

FRANCIA

STRENGTHS

- Servizi inclusi: servizi di emergenza e urgenza, interventi di prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica, servizi di diagnostica, farmaci, apparecchi e protesi, servizi di salute mentale, parziale copertura per assistenza oculistica e odontoiatrica.
- 99% della popolazione residente. Gli immigrati extra-europei sono coperti solo per le emergenze.
- E' previsto un rimborso completo delle spese sanitarie per patologie gravi e croniche.
- La spesa *out-of-pocket* in Francia è pari al 8,5% del totale della spesa sanitaria.

WEAKNESSES

- Servizi esclusi: assistenza oculistica e odontoiatrica relativamente ad alcune prestazioni, alcuni servizi di prevenzione, assistenza psicologica, servizi di dietistica e servizi alberghieri nelle strutture per Ltc.
- Gli immigrati sono esclusi da tutti i servizi eccetto le urgenze.
- Le Vhi finanziano circa il 13,5% della spesa sanitaria totale.
- Non sono previste esenzioni per età o reddito.
- La compartecipazione del cittadino alla spesa è prevista per alcuni servizi, quali farmaci non generici e accesso al sistema fuori dal medico *gatekeeper*.

OPPORTUNITIES

- Aspettativa di vita in salute alla nascita 72 anni.
- 11% di possibilità per un 30enne di morire entro i 70 anni per una qualsiasi malattia cronica.
- Misure di controllo della spesa sanitaria: finanziamenti tramite Drg delle strutture ospedaliere, introduzione del ruolo del medico *gatekeeper* per l'assistenza primaria e promozione dei farmaci generici.
- L'analisi statistica ha evidenziato una correlazione ($\rho=0.82$) statisticamente significativa ($p<0,05$) tra la spesa sanitaria totale in percentuale di Pil e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

THREATS

- Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri pari a 7,2.
- La spesa sanitaria pubblica è cresciuta costantemente ed in maniera nettamente maggiore rispetto ad altri Paesi per tecnologie, farmaci e personale sanitario, tanto che le Shi hanno subito grossi deficit, ciò ha causato preoccupazioni circa la sostenibilità economica del sistema.
- La Francia è tra i Paesi Ocse con la più elevata spesa ospedaliera (3,25% Pil) a cui è corrisposto un lieve incremento della spesa ambulatoriale (1,89% Pil) e per la Ltc (1,34% Pil).

Il sistema sanitario francese, classificato come una *Etatist Social Health Insurance* (1), è un modello misto con approccio bismarckiano ma con obiettivi, quali universalità ed equità, tipici di un sistema di tipo *Beveridge*. Nel sistema francese la regolamentazione è statale, il finanziamento deriva prevalentemente dalle assicurazioni sociali, mentre l'offerta dei servizi può essere pubblica o privata.

Nel 2014 la spesa sanitaria in Francia è stata pari all'11,11% di Pil, mentre la spesa sanitaria pubblica, riconducibile all'assicurazione sanitaria statutaria (Shi), risultava pari all'8,74% di Pil, coprendo così circa il 99% della popolazione francese (popolazione censita in Francia nel 2014 di circa 66 milioni). Nonostante ciò l'assicurazione statutaria coesiste spesso con un'assicurazione privata che costituisce circa il 13,5 % della spesa sanitaria totale anche grazie ad una riforma del 2016 che introduce l'obbligo nel settore privato per il datore di lavoro di sottoscrivere per i propri dipendenti dei contratti di assicurazione di gruppo e di sovvenzionarli per il 50%. Essa può avere un ruolo sostitutivo, complementare o anche supplementare. Nel 2014 la spesa *out-of-pocket* della popolazione francese costituiva circa l'8,5% delle spese sanitarie (escludendo la quota coperta da un'assicurazione complementare) ed è stata destinata principalmente a cure odontoiatriche e oculistiche non erogate dal sistema pubblico. Tale dato, ad oggi, potrebbe costituire un punto di forza del sistema se confrontato con lo stesso dato degli altri Paesi studiati, poiché inferiore.

L'accesso al sistema di assicurazione statutaria è garantito dall'attività lavorativa oppure come beneficio statale ai cittadini che hanno perso il lavoro e alle loro famiglie, nonché a studenti e pensionati. Lo Stato, inoltre, garantisce i servizi sanitari a tutti i residenti che non hanno diritto all'assicurazione sanitaria (ad esempio, i disoccupati da oltre due anni) e a coloro che hanno presentato domanda per la residenza. I visitatori provenienti dall'Unione europea sono coperti dalla tessera di assicurazione sanitaria europea, mentre i visitatori extra-europei sono coperti solo per le cure d'emergenza. Tutti gli assicurati sono coperti per interventi di prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica, servizi di diagnostica, farmaci, apparecchi e protesi, servizi di salute mentale e alcuni trattamenti oculistici ed odontoiatrici. Risultano invece a carico del cittadino altri trattamenti oculistici ed odontoiatrici, altri servizi di prevenzione, l'assistenza psicologica, i servizi di dietistica e i servizi alberghieri nelle strutture per Ltc. La compartecipazione del cittadino alla spesa è prevista limitatamente ad alcuni servizi, quali farmaci non generici e accesso al sistema fuori dal medico *gatekeeper* (sia esso uno specialista o un Mmg). Il sistema non prevede esenzioni per fasce d'età o per le popolazioni con reddito basso, ma allo stesso tempo garantisce un rimborso completo delle spese sanitarie per i pazienti affetti da patologie gravi e croniche.

Negli ultimi anni, anche in Francia, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta costantemente ed in maniera nettamente maggiore rispetto ad altri Paesi tanto che le Shi sono andate incontro ad importanti deficit. I maggiori *driver* di tale crescita sono le nuove tecnologie, i farmaci e il personale sanitario; tale situazione ha causato preoccupazioni circa la sostenibilità economica del sistema ed ha portato all'introduzione di una serie di misure di contenimento della spesa, con possibili conseguenze più o meno positive sul sistema stesso e sui cittadini. Tra le varie misure introdotte troviamo: la riduzione dei posti letto per le acuzie, la riduzione del rimborso per 600 farmaci e l'aumento del ricorso alla prescrizione dei farmaci generici; l'aumento dell'uso di farmaci non prescrittibili, la riduzione delle tariffe per prestazioni laboratoristiche o radiodiagnostiche in strutture private; una miglior negoziazione; l'aumento del ricorso alla chirurgia ambulatoriale; l'aumento del numero di ricoveri con dimissioni più rapide; e la riduzione della duplicazione delle prestazioni. Dal 2008, inoltre, tutti gli ospedali e le strutture sanitarie private sono rimborsate tramite il metodo dei Drg (*Diagnosis related group*), un sistema di pagamento prospettico, applicato a tutti i ricoveri ospedalieri e ambulatoriali e fissato dal Ministero della Salute francese.

Nonostante le misure finora applicate, la spesa ospedaliera francese (3,25% Pil nel 2014) risulta ancora tra le più alte tra i Paesi Ocse mentre la spesa ambulatoriale (1,89% Pil) e la spesa per la Ltc (1,34% Pil), seppur in crescita, sono ancora piuttosto basse, in particolare, se confrontate con gli altri Paesi studiati. Tenendo anche conto dell'andamento demografico della popolazione, ciò potrebbe costituire un fattore di rischio per il futuro del sistema sanitario.

Gli *outcome* di salute della popolazione sono nella media rispetto agli 8 Paesi studiati, con un'aspettativa di vita alla nascita in buone condizioni di salute pari a 72 anni (sopra la media degli 8 Paesi), mentre peggiori sono il tasso di sopravvivenza a 5 anni per cancro della mammella e il tasso di mortalità a 30 giorni dopo ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni. ●

GERMANIA

STRENGTHS

- Servizi inclusi: servizi di urgenza e emergenza, interventi di prevenzione, assistenza primaria, ospedaliera, specialistica, odontoiatrica e oculistica, servizi preventivi, farmaci, riabilitazione e fisioterapia, cure palliative e Ltc.
- 86% dei cittadini e della popolazione residente. Gli immigrati senza documenti sono coperti da una "social security" in caso di malattie gravi, gravidanza e parto.
- Sono previste esenzioni complete alla compartecipazione per i minori di 18 anni.
- La spesa sanitaria totale in Germania è pari all'11,03% Pil, mentre la spesa per la Ltc è pari all'1,53% Pil.

WEAKNESSES

- Servizi esclusi: assistenza residenziale, alcuni prodotti farmaceutici e i dispositivi medici.
- Gli immigrati senza documenti sono esclusi da tutti i servizi eccetto malattie gravi, gravidanze e parto.
- L'11% della popolazione tedesca ha stipulato una Vhi.
- La spesa *out-of-pocket* in Germania è pari al 13,2% della spesa sanitaria totale.
- In Germania la spesa ospedaliera è ancora piuttosto alta (3,05% Pil) e al contempo non c'è stato un evidente aumento della spesa ambulatoriale (2,49% Pil).

OPPORTUNITIES

- Nonostante la spesa ospedaliera abbia un importante peso in termini di percentuale di Pil la spesa per degenza media risulta contenuta e pari a 5586\$.
- Misure di controllo della spesa sanitaria: finanziamenti tramite Drg delle strutture ospedaliere con tetti di spesa stabiliti a livello regionale, contrattazioni dei fondi di malattia con i *provider* per l'erogazione di assistenza integrata e con le aziende farmaceutiche per il ribasso dei prezzi dei farmaci.
- Il sistema assicurativo tedesco, già dal 1995, ha introdotto un'assicurazione per la *long term care* obbligatoria e fornita dalle stesse compagnie che forniscono l'assicurazione statutaria.

THREATS

- Aspettativa di vita in salute alla nascita è di 71 anni.
- Gli *outcome* di salute del Sistema sanitario tedesco evidenziano un peggiore stato di salute della popolazione rispetto alla media degli 8 Paesi studiati.
- La Germania è tra i Paesi Ocse con la più elevata spesa ospedaliera (3,05% Pil) a cui è corrisposto un lieve incremento della spesa ambulatoriale (2,49% Pil).
- Non c'è correlazione statisticamente significativa tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

Il sistema sanitario tedesco, classificato come una *Social Health Insurance* (1), è un esempio di sistema mutualistico fondato sul modello *Bismarck*. Nel sistema tedesco regolamentazione e finanziamento derivano prevalentemente dalle assicurazioni sociali, mentre l'offerta dei servizi è privata.

Nel 2014 la spesa sanitaria in Germania è stata pari all'11,03% di Pil, mentre la spesa sanitaria pubblica, corrispondente all'assicurazione sanitaria statutaria (Shi), risultava pari al 9,34% di Pil, coprendo così circa l'86% della popolazione tedesca (popolazione censita in Germania nel 2014 era di circa 80 milioni). In realtà, in Germania l'assicurazione statutaria che comprende i cosiddetti fondi di malattia (assicurazioni *non profit* che utilizzano finanziamenti non governativi) coesiste in alcuni casi con un'assicurazione privata. Infatti l'11% della popolazione tedesca ha stipulato una Vhi, con ruolo sostitutivo, complementare o anche supplementare. La quota di finanziamento totale e pubblico del sistema sanitario costituisce ad oggi un punto di forza del Ss tedesco anche se, nonostante gli investimenti, circa il 13,2% della spesa sanitaria totale nel 2014 proveniva direttamente dai cittadini (*out-of-pocket*) ed era destinata al pagamento dell'assistenza residenziale, dei prodotti farmaceutici e dei beni sanitari.

Shi è obbligatoria per tutti i cittadini e per tutti i residenti permanenti in Germania, ma non copre i visitatori. Tutti i cittadini assicurati sono coperti per servizi di urgenza ed emergenza, interventi di prevenzione, assistenza primaria, ospedaliera, specialistica, odontoiatrica e oculistica, servizi preventivi, farmaci, riabilitazione e fisioterapia, cure palliative e Ltc. Risultano invece a carico del cittadino l'assistenza residenziale, alcuni prodotti farmaceutici e alcuni dispositivi medici. Invece, gli immigrati senza documenti e non assicurati sono coperti da una *social security* in caso di malattie gravi, gravidanza e parto.

La compartecipazione del cittadino alla spesa è prevista relativamente ad alcuni servizi non inclusi nella copertura Shi e sono pagati direttamente al fornitore del servizio. I *co-payment* vanno dai 5 € ai 10 € (6,36-12,72 \$) per prescrizione ambulatoriale, 10 €/die per i ricoveri ospedalieri e riabilitativi e dai 5 € ai 10 € per i dispositivi medici prescritti. Sono previste, inoltre, esenzioni complete alla compartecipazione per i minori di 18 anni, mentre per i soggetti a basso reddito e affetti da patologie croniche il tetto sulla ripartizione dei costi è stato ridotto all'1%, mentre i disoccupati contribuiscono in proporzione ai loro diritti di disoccupazione.

Come in tutti i Paesi oggetto di studio anche la Germania nel corso degli ultimi anni ha adottato diverse misure di controllo della spesa sanitaria, quali: l'introduzione dei finanziamenti delle strutture ospedaliere tramite Drg, con tetti di spesa stabiliti a livello regionale, contrattazioni dei fondi di malattia con i *provider* per l'erogazione di assistenza integrata e con le aziende farmaceutiche per il ribasso dei prezzi dei farmaci. L'introduzione del valore nelle scelte politiche costituisce sicuramente un'opportunità di crescita positiva del sistema anche in un'ottica di razionalizzazione delle risorse.

Altro punto di forza ed opportunità di crescita per il futuro è stata l'introduzione, già dal 1995, di un'assicurazione obbligatoria per la *long term care* e fornita dagli stessi assicuratori dell'assicurazione statutaria. I contributi per questa assicurazione sono pari al 2,35% dello stipendio lordo e sono divisi tra i datori di lavoro e i lavoratori (le persone senza figli pagano 0,25% in più). Gli effetti positivi di questa policy sono evidenti anche dall'analisi dei trend, dove è evidente una crescita costante della spesa per questa voce che nel 2014 era pari a 1,53% di Pil, superiore alla media degli otto Paesi oggetto di studio.

Altro fattore di rischio per il futuro del sistema tedesco è l'andamento della spesa ospedaliera, 3,05% di Pil nel 2014, una delle più alte tra i Paesi Ocse, a cui è corrisposto un lieve incremento della spesa ambulatoriale (2,49% di Pil).

Nonostante gli investimenti, gli *outcome* di salute presi in considerazione evidenziano un peggiorato stato di salute rispetto alla media degli 8 Paesi studiati, con un'aspettativa di vita alla nascita in buone condizioni di salute di soli 71 anni. ●

REGNO UNITO

STRENGTHS

- Servizi inclusi: servizi di urgenza e emergenza, interventi di prevenzione, assistenza primaria, ospedaliera, specialistica, farmaci, assistenza odontoiatrica e oculistica, riabilitazione e fisioterapia, cure palliative e Ltc.
- 100% della popolazione residente e i cittadini europei hanno accesso ai servizi erogati da Nhs.
- Sono previste esenzioni complete alla compartecipazione per alcune fasce d'età e alcune condizioni cliniche.
- La spesa per la Ltc è pari a 1,77 in % Pil, risultando superiore alla media degli altri Paesi studiati. Tuttavia tale assistenza non è universale.

WEAKNESSES

- Servizi esclusi: alcune terapie odontoiatriche e oculistiche, medicina estetica, alcuni prodotti farmaceutici, alcuni servizi di Ltc.
- Gli immigrati senza documenti ed extra-europei sono esclusi da tutti i servizi eccetto le urgenze e per alcune malattie infettive.
- Il 10,5% della popolazione inglese ha stipulato una Vhi.
- La spesa *out-of-pocket* nel Regno Unito è pari al 14,8% della spesa sanitaria totale della spesa sanitaria.
- Nel Regno Unito la spesa sanitaria totale è pari al 9,88 % di Pil e la spesa sanitaria pubblica è pari al 7,86 % di Pil.

OPPORTUNITIES

- Tasso d'amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti è pari al 5,10.
- Misure di controllo della spesa sanitaria: l'incremento dell'uso di farmaci generici, la riduzione dei costi amministrativi, la gestione più efficace della domanda di salute e l'implementazione di strategie di costo-efficienza.
- La maggior parte dei servizi per la *long term care* sono garantiti dalle autorità locali o dal settore privato, tuttavia lo stato può finanziare tale assistenza solo a coloro che ne dimostrano un elevato bisogno.

THREATS

- Aspettativa di vita in salute alla nascita 71 anni.
- Gli *outcome* di salute del sistema sanitario inglese evidenziano un peggiore stato di salute della popolazione rispetto al trattamento di alcune patologie croniche.
- Il divario tra finanziamenti, domanda e costo dei servizi ha prodotto nel biennio 2015-2016 un deficit degli ospedali Nhs e di altri *provider* pari a 3,7 miliardi £ (5,3 miliardi \$).
- Non c'è correlazione statisticamente significativa tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

Il sistema sanitario inglese, meglio noto come *National Health Service* o *Nhs*, è un sistema universalistico fondato sul modello *Beveridgee* caratterizzato da un'offerta dei servizi prevalentemente gratuita al cittadino e in cui regolamentazione, finanziamento ed erogazione sono per lo più statali.

Nel 2014 la spesa sanitaria del Regno Unito è stata pari al 9,88% di Pil, mentre la spesa sanitaria pubblica risultava pari al 7,86% di Pil, coprendo con i propri servizi una popolazione di circa 65 milioni di persone. Tale percentuale di spesa è sicuramente insufficiente a coprire le necessità della popolazione, infatti il 10,5% degli inglesi ha stipulato un'assicurazione sanitaria volontaria. Ulteriore dimostrazione dell'insufficienza di risorse pubbliche stanziata è il dato della spesa *out-of-pocket* che nel Regno Unito è pari al 14,8% della spesa sanitaria totale. I dati economici costituiscono un importante punto di debolezza del sistema britannico che si trova in un momento storico di grande crisi.

Nhs fornisce una copertura sanitaria universale alla popolazione, includendo tutti i residenti nel Regno Unito, così come i cittadini UE in possesso della tessera sanitaria europea. Per gli altri, come i visitatori non europei o gli immigrati senza documenti, sono gratuiti i servizi in emergenza o le visite per alcune malattie infettive.

Uno dei principali punti di forza di questo sistema è l'erogazione gratuita del servizio prescritto dal Mmg o dallo specialista e tra questi troviamo: servizi preventivi, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica, alcune prestazioni odontoiatriche e oculistiche, riabilitazione, fisioterapia, cure palliative e *long term care*. I servizi di urgenza ed emergenza sono, invece, gratuiti per tutti. L'acquisto di farmaci prescritti dal Mmg è soggetto a *co-payment* da parte del cittadino mentre i farmaci prescritti negli ospedali Nhs sono completamente gratuiti. Tuttavia, alcuni servizi rimangono a carico del cittadino (*out-of-pocket*), come la visita per il lavoro o a fini assicurativi o l'emissione di certificati per viaggi o a fini assicurativi, o ancora i farmaci da banco e alcune prestazioni odontoiatriche ed oculistiche.

Sono previste, inoltre, esenzioni complete e la compartecipazione per le spese sanitarie per alcune fasce di popolazione come per i bambini sotto i 15 anni (16-18 anni se iscritti a scuola a tempo pieno); per persone di età superiore ai 60 anni; per cittadini a basso reddito; per donne incinte o che hanno partorito negli ultimi 12 mesi; per pazienti oncologici e disabili.

Nel Regno Unito la maggior parte dei servizi per la Ltc sono garantiti dalle autorità locali o dal settore privato. Le autorità locali hanno l'obbligo legale di valutare le esigenze di tutti i cittadini che richiedono l'assistenza sociale, la quale, a differenza dei servizi per la salute, non è nazionale, ma dipende dal singolo Stato. Quest'ultimo tuttavia, finanzia tale assistenza solo a coloro che ne dimostrano un reale bisogno in termini economici (redditi non superiori a 14.250 £ (20.592 \$)), mentre le cure palliative vengono fornite da Nhs a livello domiciliare, negli *hospice* (generalmente gestiti da organizzazioni caritative) o negli ospedali.

Dopo la crisi economica del 2008 sono state messe in atto diverse misure di controllo della spesa sanitaria: favorire l'incremento dell'uso di farmaci generici, la riduzione dei costi amministrativi, la gestione più efficace della domanda di salute e l'implementazione di strategie di costo-efficienza. Tuttavia, sono state adottate anche altre misure sicuramente non altrettanto positive, quali il blocco degli aumenti salariali e la riduzione delle tariffe Drg. Nonostante ciò, il divario tra finanziamenti, domanda e costo dei servizi ha prodotto nel biennio 2015-2016 un deficit degli ospedali pubblici e di altri *provider* pari a 3,7 miliardi £ (5,3 miliardi \$). Si stima che tale deficit possa giungere a 6 miliardi entro il 2021, anche se gli ospedali divenissero più efficienti, con un tasso del 2% ad anno. Oltre alla pressione fiscale sull'Nhs, diviene sempre più evidente il peggioramento della qualità dei servizi offerti. Ciò risulta ancora più evidente osservando gli *outcome* di salute della popolazione inglese presi in esame. Infatti, risultano i peggiori tra i Paesi europei studiati, in particolare, per quanto riguarda alcune patologie croniche, quali infarto e cancro della mammella. ●

SPAGNA

STRENGTHS

- Servizi inclusi: interventi di prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica, cure palliative.
- 96,66% della popolazione spagnola con determinati requisiti. Gli immigrati sono coperti per le emergenze.
- Accesso alle cure libero.
- Sono previste esenzioni complete per i minorenni e per altre fasce di popolazione come pensionati, disoccupati e soggetti con particolari patologie.
- Nonostante siano molto scarsi i finanziamenti destinati alla Ltc si può osservare un incremento di questa voce di spesa e una lieve diminuzione della spesa ospedaliera.

WEAKNESSES

- Servizi esclusi: assistenza odontoiatrica per adulti, farmaci e altri servizi.
- Gli immigrati extra-europei sono coperti per cure di emergenza e assistenza materna.
- Sono previsti 3 livelli di offerta sanitaria alla popolazione: base, supplementare e accessoria. E' prevista compartecipazione per i farmaci che varia a seconda del reddito.
- Nel 2017 il 16,76% della popolazione totale ha stipulato una Vhi.
- La spesa sanitaria totale è pari al 9,08% di Pil, mentre la spesa sanitaria pubblica è pari al 6,34% di Pil.
- La spesa per la Ltc è pari al 0,83% di Pil.

OPPORTUNITIES

- Aspettativa di vita in salute alla nascita 72 anni.
- Gli indicatori demografici e di vita in salute della popolazione spagnola sono superiori alla media degli 8 Paesi studiati.
- Tasso di sopravvivenza a 5 anni per il cancro al seno è pari a 84,70.
- Degenza media di ricovero per acuti 6,1 giorni.
- Misure di controllo della spesa sanitaria: finanziamenti *global-budget* per ospedali, i quali, nonostante la crisi, non hanno subito una riduzione dei posti letto.

THREATS

- Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri pari a 8,00.
- La Spagna presenta la minore quota della spesa sostenuta da fonti pubbliche rispetto ad altri Paesi ad essa comparabili (<70% nel 2014).
- Il *driver* principale: aumento della spesa farmaceutica e tecnologica, ospedaliera, invecchiamento della popolazione, nonché minore disponibilità di risorse.
- Attualmente l'invecchiamento demografico è un importante fattore di aumento della spesa a carico del Ss in Spagna. E' necessaria una profonda riforma fiscale per assicurare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico.

Il sistema sanitario spagnolo, classificato come un *National Health Service* (1), è un sistema universalistico fondato sul modello *Beveridge* e caratterizzato da un'offerta dei servizi prevalentemente gratuita al cittadino, in cui regolamentazione, finanziamento ed erogazione sono per lo più statali. In realtà, negli ultimi anni, il sistema è stato oggetto di numerose riforme finalizzate a razionalizzare le risorse e quindi l'offerta dei servizi per la popolazione che hanno determinato la perdita di quello stampo universalistico che lo caratterizzava.

Nel 2014 la spesa sanitaria della Spagna è stata pari al 9,08% di Pil, mentre la spesa sanitaria pubblica risultava pari al 6,36% di Pil, coprendo con i propri servizi circa il 96,6% della popolazione (nel 2014 circa 46 milioni di persone). Tale percentuale di spesa è sicuramente insufficiente a coprire le necessità della popolazione, infatti circa il 24,7% della spesa sanitaria totale è oggi coperto dall'*out-of-pocket* ed inoltre, il 16% degli spagnoli hanno stipulato un'assicurazione sanitaria privata che agisce come ulteriore fonte di copertura. I dati economici costituiscono un importante punto di debolezza del Sistema spagnolo che si trova a dover fronteggiare oramai da diversi anni un radicale cambiamento demografico associato alle scarse risorse economiche a disposizione.

Il Sistema sanitario spagnolo fornisce servizi a tutti i lavoratori che contribuiscono al sistema previdenziale, ai pensionati con sufficienti contributi versati, ai cittadini che percepiscono assegni di disoccupazione e quelli che non li percepiscono, ma che sono iscritti nelle liste di collocamento, comprese le persone a loro carico e tutti coloro i cui redditi annuali non superano i 100.000 €. I minorenni (<18 anni), indipendentemente dalla loro nazionalità o residenza, hanno diritto a tutte le forme di assistenza. Tra coloro che non beneficiano dell'assistenza sanitaria nazionale vi sono principalmente gli stranieri senza residenza legale e le persone con reddito superiore a 100.000 €. Agli immigrati extra-europei è garantito l'accesso alle cure di emergenza e all'assistenza materna. Tuttavia, coloro che non godono dell'assistenza sanitaria secondo le modalità descritte, possono ottenere una copertura sanitaria pagando un premio fisso a seconda dell'età (710 € < 65 anni; 1900 € > 65 anni). Nonostante i tagli e la razionalizzazione delle risorse un punto di forza del sistema spagnolo è costituito dalla presenza di esenzioni alla compartecipazione dei costi per minori, pensionati con basso reddito, disoccupati e soggetti con particolari patologie.

La crisi dell'ultimo decennio ha portato a ridefinire, oltre ai destinatari della copertura sanitaria, anche la tipologia dei benefici erogati alla popolazione. Si distinguono tre categorie di benefici: base, supplementare (include ad esempio farmaci, ortoprotesi e prodotti dietetici) e accessorio. Mentre i pacchetti base vengono finanziati con fondi pubblici al 100%, gli altri prevedono la compartecipazione della spesa da parte dell'utente. Questa tipologia di erogazione del servizio costituisce un punto di debolezza del Sistema spagnolo, in quanto potrebbe generare disuguaglianze di salute tra la popolazione, a seconda del reddito e quindi della possibilità di integrazione della propria copertura sanitaria di base. La copertura di base garantisce gratuitamente al cittadino: interventi di prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica, cure palliative e assistenza al paziente terminale. Risultano invece esclusi dalla copertura di base altri servizi quali: assistenza odontoiatrica per adulti, farmaci a altri servizi. Nonostante i finanziamenti destinati alla Ltc siano scarsi, nel 2014 erano pari al 0,83% del Pil, si osserva negli anni un lieve e costante incremento di questa voce di spesa associata ad una lieve diminuzione della spesa ospedaliera. Ciò costituisce un punto di debolezza per il presente, ma potrebbe essere un'opportunità per il futuro del Sistema sanitario, in quanto, solo attraverso un cambiamento delle prestazioni offerte si riuscirà a far fronte alla transizione demografica e quindi alle esigenze di salute della popolazione.

Il contenimento dei costi sanitari è un obiettivo fondamentale per la Spagna, numerose, infatti, sono state le misure messe in atto con impatto negativo, in particolare sul personale sanitario, per il contenimento della spesa a partire dalla crisi del 2008: diminuzione dei salari dei medici e aumento delle ore lavorative settimanali, congelamento degli incentivi di carriera professionale o degli incentivi legati alla *performance*, blocco del *turn-over*, chiusura totale e parziale di alcune strutture, esternalizzazione di servizi e implementazione del partenariato pubblico-privato.

Un'importante opportunità per il Sistema Sanitario spagnolo è costituita dalla presenza di buoni *outcome* di salute della popolazione, infatti essi risultano superiori alla media degli otto Paesi oggetto di studio. In questo modo, attraverso politiche di promozione ed educazione alla salute, lo Stato spagnolo potrebbe comunque contenere i costi assicurando una migliore salute ai suoi cittadini. ●

STATI UNITI

STRENGTHS

- Servizi inclusi: ogni piano assicurativo fornisce differenti servizi, tuttavia nel 2010 l'*Obama Care* ha stabilito che tutti i piani assicurativi riguardanti i singoli individui o i soggetti in aziende con 50 o meno lavoratori, coprissero servizi sanitari di base.
- I due programmi federali pubblici sono: *Medicare* (over 65 e ai soggetti con disabilità); *Medicaid* e *Children's Health Insurance Program* (CHIP) (popolazione a basso reddito).
- 94% della popolazione risulta coperta da un'assicurazione sanitaria di base, pubblica o privata.

WEAKNESSES

- Servizi esclusi: alcuni piani assicurativi privati, prevedono la copertura finanziaria solo per servizi erogati da uno stretto *network* di *provider*, alcuni non coprono servizi preventivi, cure odontoiatriche e oculistiche e Ltc.
- Tutti i cittadini non assicurati sono esclusi dall'erogazione dei servizi sanitari. I migranti hanno diritto ad essere stabilizzati per le emergenze.
- Nel 2015 più del 67% della popolazione ha ricevuto copertura sanitaria grazie alla stipula di polizze assicurative private.
- Negli Stati Uniti la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 4457,17\$, ma solo lo 0,90 % del Pil è destinato alla Ltc.

OPPORTUNITIES

- Tasso di sopravvivenza a cinque anni al cancro al seno pari a 88,70.
- Misure di controllo della spesa sanitaria messe in atto dalle assicurazioni: selezione dei *provider* migliorando le negoziazioni e i controlli sulla spesa, nonché implementando piani sanitari (*managed care*) basandosi sull'efficienza e sul valore, implementazione dell'uso di farmaci generici.
- Misure di controllo della spesa sanitaria messe in atto per i programmi pubblici: l'utilizzo di *bundle payment* o *global budget*, con lo scopo di incentivare integrazione e coordinamento tra i diversi *provider*.

THREATS

- Aspettativa di vita in salute alla nascita è di 69 anni.
- Gli indicatori demografici e di vita in salute sono i peggiori tra i Paesi studiati.
- Il divario tra spesa pro capite e *outcome* di salute evidenzia come un sistema sanitario di questo tipo sia vittima delle logiche del libero mercato a svantaggio delle classi meno abbienti e fragili della popolazione.
- Al decremento della spesa ospedaliera (2,98% Pil) è corrisposto un aumento vertiginoso della spesa ambulatoriale (8,07%) e un lento e minimo aumento della spesa per la Ltc (0,90%).

Il sistema sanitario degli Stati Uniti è un sistema di tipo privatistico, classificato come un *Private Health System* (1), è un sistema in cui, nonostante l'attività di regolamentazione sia di competenza dei Governi federali e statali, essa si estrinseca principalmente sul mercato assicurativo privato, così come finanziamento ed erogazione.

Nel 2010, con l'*Affordable Care Act* (anche noto come *Obama Care*) è stato sancito che la responsabilità di garantire a tutti gli americani l'accesso a piani assicurativi sanitari di qualità, sia tanto del Governo, quanto dei datori di lavoro che degli individui stessi. Tale riforma, storica per il sistema statunitense, ha stabilito che tutti i piani assicurativi riguardanti i singoli individui o i soggetti in aziende con 50 o meno lavoratori, coprissero servizi sanitari presenti nelle seguenti 10 categorie: prestazioni ambulatoriali; cure in emergenza; ospedalizzazioni; assistenza alle donne in maternità e ai nuovi nati; servizi riguardanti la salute mentale e il trattamento dell'abuso di sostanze; prescrizione di farmaci; servizi e ausili riabilitativi; servizi laboratoristici; servizi preventivi tesi a garantire la gestione delle patologie croniche; assistenza pediatrica, inclusa quella odontoiatrica e oftalmologica.

I due programmi federali pubblici che dovrebbero assicurare i servizi alle popolazioni meno abbienti o fragili sono: *Medicare*, destinato agli ultrasessantacinquenni e ai soggetti con disabilità; e *Medicaid e Children's Health Insurance Program* (Chip), destinato alle popolazioni a basso reddito.

Anche grazie a questi due programmi, ad oggi, circa il 94% della popolazione (popolazione totale censita nel 2014 circa 318 milioni di persone) risulta coperta da un'assicurazione sanitaria di base, pubblica o privata.

Nonostante ciò costituisca un importante passo in avanti in termini di equità, ci sono ancora oggi numerose disuguaglianze all'interno della popolazione dovute all'organizzazione del sistema e ai suoi numerosi punti di debolezza. Infatti, diversi sono ancora oggi i servizi esclusi dalla copertura sanitaria, o perché non previsti o perché erogati solo da uno stretto *network* di *provider*; sono inoltre completamente esclusi dalle assicurazioni di base le cure odontoiatriche ed oculistiche per adulti e la Ltc. I cittadini non assicurati, così come i migranti, non possono accedere ai servizi sanitari, ma hanno diritto ad essere stabilizzati per le emergenze. Nel 2015 solo il 67% della popolazione statunitense ha potuto stipulare Vhi a dimostrazione della debolezza del sistema.

Sebbene quanto detto finora possa far pensare che tale sistema sia in grado di controllare la spesa sanitaria, poiché la copertura assicurativa non raggiunge tutta la popolazione ed è subordinata al pagamento diretto di una polizza, in realtà, gli Stati Uniti, rappresentano il paradosso per cui gli indicatori di spesa sanitaria sono più elevati tra gli 8 Paesi (spesa sanitaria totale pari al 16,59% di Pil nell'anno 2014 e spesa sanitaria pro-capite pari a 4457,17 \$), a fronte dei peggiori *outcome* di salute (aspettativa di vita in buona salute alla nascita è di 69 anni; probabilità di un 30enne di morire entro il compimento dei 70 anni per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche è pari al 14%). Tale divario evidenzia come un sistema sanitario di questo tipo sia vittima delle logiche del libero mercato a svantaggio delle classi meno abbienti e fragili della popolazione.

Come in tutti i Paesi oggetto di studio anche negli Stati Uniti, nel corso degli ultimi anni, sono state adottate diverse misure di controllo della spesa sanitarie, tutte alquanto virtuose, sia per il sistema che per i pazienti, sia da parte delle compagnie assicurative che dai governi federali. Per quanto riguarda le assicurazioni, esse hanno provveduto, attraverso una migliore selezione dei *provider*, a migliorare le negoziazioni e i controlli sulla spesa, nonché ad implementare piani sanitari (*managed care*) basati sull'efficienza e sul valore, anche attraverso l'implementazione dell'uso di farmaci generici. Per quanto riguarda i governi federali, essi invece hanno promosso l'utilizzo di *bundle payment* o *global-budget*, con lo scopo di incentivare integrazione e coordinamento tra i diversi *provider*.

Purtroppo, un ulteriore importante fattore di rischio per il futuro del sistema e della salute della popolazione statunitense è costituito dalle scarse risorse allocate nella Ltc (0,90% di Pil nel 2014) a fronte invece di un incremento vertiginoso della spesa ambulatoriale (8,07% di Pil). ●

SVEZIA

STRENGTHS

- **Servizi inclusi:** servizi di emergenza urgenza, servizi di salute pubblica e medicina preventiva, assistenza primaria, assistenza specialistica ospedaliera ed extra ospedaliera, farmaci, servizi di salute mentale, riabilitazione, assistenza domiciliare e Ltc, assistenza odontoiatrica e optometrica per bambini e adolescenti.
- 100% della popolazione residente. Gli immigrati europei ed extra-europei sono coperti solo per le emergenze.
- Sono previste esenzioni per alcune fasce di popolazione quali, bambini, adolescenti, anziani e donne in gravidanza.
- Spesa sanitaria totale pari all'11,08% del Pil con una spesa sanitaria pubblica del 9,32%.

WEAKNESSES

- **Servizi esclusi:** assistenza oculistica e assistenza odontoiatrica per gli adulti.
- Gli immigrati europei ed extra-europei sono esclusi da tutti i servizi, eccetto le urgenze.
- E' prevista la compartecipazione del cittadino relativamente ad alcuni servizi quali farmaci, Ltc e altri servizi sanitari.
- Il medico di medicina generale non ha ruolo di *gatekeeper*.
- Nel 2014 circa il 16% di tutte le spese sanitarie erano private, e di questi il 97% erano rappresentate da spese *out-of-pocket* principalmente destinate all'acquisto di farmaci.

OPPORTUNITIES

- Aspettativa di vita in salute alla nascita è di 72 anni.
- 10% di possibilità per un 30 di morire entro i 70 anni per una qualsiasi malattia cronica.
- Misure di controllo della spesa sanitaria: responsabilizzazione delle autorità sanitarie regionali e provinciali e dei municipi del loro budget, negoziazione dei farmaci, introduzione del finanziamento tramite *global-budget* e formula pro capite dei *provider* privati.
- La Svezia investe un elevato numero di risorse nella Ltc (2,93% Pil) e presenta la spesa più elevata per le cure ambulatoriali (3,32% Pil) tra i Paesi con un sistema sanitario universalistico.

THREATS

- Spesa media per dimissione ospedaliera è pari a 9975\$.
- La spesa sanitaria totale e pubblica sono cresciute in maniera costante negli ultimi anni.

Il sistema sanitario svedese, classificato come un *National Health Service* (1), è un sistema universalistico fondato sul modello *Beveridgee* caratterizzato da un'offerta dei servizi prevalentemente gratuita al cittadino e in cui regolamentazione, finanziamento ed erogazione sono per lo più statali.

Nel 2014 la spesa sanitaria della Svezia è stata pari al 11,18% di Pil, mentre la spesa sanitaria pubblica risultava pari al 9,32% di Pil, coprendo con i propri servizi una popolazione di circa 9 milioni di persone. La quota di finanziamento totale e pubblica del Sistema Sanitario svedese costituisce ad oggi un punto di forza anche se, nonostante gli investimenti, circa il 16% della spesa sanitaria totale nel 2014 proveniva direttamente dai cittadini (*out-of-pocket*) ed era destinata all'acquisto di prodotti farmaceutici.

Il sistema sanitario svedese fornisce una copertura sanitaria universale solo alla popolazione residente, mentre immigrati europei ed extra-europei sono coperti esclusivamente per i servizi di emergenza. Unica eccezione è fatta per i bambini, figli di migranti richiedenti asilo o senza documenti, che invece hanno diritto ad un'assistenza completa.

Uno dei principali punti di forza di questo sistema è l'erogazione gratuita del servizio prescritto dal Mmg o dallo specialista e tra questi troviamo: servizi di salute pubblica e medicina preventiva, assistenza primaria, assistenza specialistica ospedaliera ed extra ospedaliera, servizi di emergenza ed urgenza, farmaci, servizi di salute mentale, riabilitazione, assistenza domiciliare e Ltc, assistenza odontoiatrica ed oculistica per bambini e adolescenti. Nonostante il sistema universalistico di base, alcuni servizi sono erogati dietro compartecipazione del cittadino come accade, ad esempio, per i farmaci e per la Ltc. Altri servizi, come l'assistenza oculistica ed odontoiatrica per gli adulti, rimangono completamente a carico del cittadino (*out-of-pocket*). Proprio questi ultimi possono essere considerati come elementi di debolezza del sistema svedese.

Ulteriore punto di forza di tale sistema sono le esenzioni alla compartecipazione per le spese sanitarie previste per alcune fasce di popolazione quali, bambini, adolescenti, anziani e donne in gravidanza.

Il Sistema Sanitario Svedese presenta, inoltre, i migliori indicatori economici tra i Paesi presi in esame, ma anch'esso negli anni ha dovuto affrontare il problema della crescita eccessiva della spesa sanitaria. A tal proposito, sono state adottate diverse misure atte al contenimento dei costi, come l'introduzione di una legge per cui le municipalità e le autorità sanitarie provinciali e regionali sono responsabili del loro *budget*, o ancora la negoziazione dei costi per i farmaci e per le cure dentali e l'introduzione del finanziamento *global-budget* e formula pro capite per i *provider* privati.

Altro punto di forza, e quindi opportunità di sviluppo e sostenibilità per il futuro del sistema svedese, è dato dall'elevato numero di risorse investite nella Ltc, pari al 2,93% di Pil, e nelle cure ambulatoriali, 3,32% di Pil.

Anche gli *outcome* di salute della popolazione svedese mostrano risultati incoraggianti. Infatti, risultano superiori alla media degli otto Paesi studiati, costituendo così un'importante opportunità per la Svezia che potrebbe, attraverso politiche di promozione ed educazione alla salute, contenere ulteriormente i costi assicurando buoni livelli di salute. ●

RIASSUMENDO LE SWOT

STRENGTHS

- **Servizi inclusi:** servizi di urgenza e emergenza sono garantiti a tutta la popolazione immigrati compresi, interventi di prevenzione, assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica.
- Percentuale di popolazione coperta nei Paesi analizzati è variabile tra l'86 e il 100%.
- Presenza di esenzioni complete per alcune fasce di popolazione distinte per età o per classi di patologie.
- Nonostante ancora siano molto scarsi i finanziamenti destinati alla Ltc specialmente in alcuni Paesi, si può osservare un incremento di questa voce di spesa e una più o meno importante diminuzione della spesa ospedaliera.

WEAKNESSES

- **Servizi esclusi:** assistenza odontoiatrica per adulti, alcune prestazioni oculistiche, farmaci, servizi per la Ltc e riabilitativi.
- Gli immigrati, in tutti i Paesi analizzati, sono coperti solo per cure di emergenza, ma sono esclusi da tutti gli altri servizi.
- Presenza di quote di compartecipazione e assenza di esenzioni.
- In ogni Paese una percentuale variabile della popolazione, ma in genere maggiore del 10%, ha stipulato una Vhi.
- In alcuni Paesi, la spesa per la Ltc è tuttora molto bassa, così come la spesa ambulatoriale a fronte di una spesa ospedaliera ancora troppo alta.

OPPORTUNITIES

- Buoni indicatori demografici e di vita in salute della popolazione, come un'aspettativa di vita in salute alla nascita superiore ai 71 anni.
- Buoni indicatori di efficacia del sistema sanitario e di efficienza, in particolare, del sistema ospedaliero.
- Introduzione di alcune misure di controllo della spesa sanitaria: finanziamenti *global-budget* e Drg per ospedali, contrattazione delle tariffe con i *provider* e dei farmaci, figura del medico *gate-keeper*, implementazione di strategie costo-efficienza.

THREATS

- Indicatori demografici e di vita in salute della popolazione, indicatori di efficacia del sistema sanitario e di efficienza, in particolare, del sistema ospedaliero, sotto la media degli otto Paesi.
- Crescita della spesa sanitaria totale e pubblica in assenza di finanziamenti adeguati ha causato in alcuni Paesi deficit di bilancio.
- I *driver* principali dell'aumento della spesa sanitaria: aumento della spesa farmaceutica e tecnologica, ospedaliera, invecchiamento della popolazione nonché minore disponibilità di risorse.

In questa sezione sono riportati i punti di forza e di debolezza, le opportunità e le minacce più frequentemente riscontrate nell'analisi effettuata per ogni singolo Paese. Tenendo conto dell'eterogeneità di base conseguente al sistema sanitario presente all'interno del Paese alcuni punti accomunano solo i Paesi con lo stesso modello sanitario, per tale motivo gli Stati Uniti, con il loro sistema privatistico unico nel suo genere, spesso presentano punti di forza e di debolezza, opportunità e minacce differenti dagli altri.

Uno dei punti di forza che praticamente ritroviamo in tutti i Paesi è l'erogazione di alcuni servizi di base quali: i servizi di urgenza ed emergenza che sono garantiti a tutta la popolazione, immigrati compresi, gli interventi di prevenzione, l'assistenza primaria, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza specialistica. Tutti i sistemi sanitari tendono ad erogare tali servizi di base ad una fetta di popolazione più ampia possibile. In particolare osserviamo che la percentuale di popolazione coperta nei vari Paesi varia tra l'86% della Germania e il 100% di Canada, Italia, Regno Unito e Svezia. Altro punto di forza, presente solo in alcuni Paesi ad ispirazione *Beveridge*, è la presenza di esenzioni complete per alcune fasce di popolazione distinte per età o per particolari classi di patologie. Infine, la maggior parte dei Paesi mostra, in particolare negli ultimi anni, un incremento del finanziamento destinato alla Ltc (Italia, Stati Uniti e Spagna molto scarso), con un incremento della spesa ambulatoriale e la diminuzione della spesa ospedaliera.

Tra i servizi esclusi da tutte le coperture sia pubbliche che sociali di base troviamo l'assistenza odontoiatrica per adulti, alcune prestazioni oculistiche, i farmaci da banco, e i servizi per la Ltc e riabilitativi. In particolare, questi ultimi prevedono nella maggior parte delle realtà una compartecipazione più o meno importante del cittadino. Altro punto di debolezza, comune a tutti i Paesi, è la copertura degli immigrati solo per cure di emergenza, mentre, sono praticamente esclusi da tutti gli altri servizi. Non sempre l'erogazione del servizio è completamente gratuita al momento dell'erogazione, infatti, non sono rare le quote di compartecipazione previste per l'accesso ad alcune prestazioni, siano esse prestazioni specialiste, esami diagnostici, farmaci o altri servizi. In alcuni Paesi come Francia e Canada non sono previste esenzioni per fasce di popolazione, siano esse classificate per età, per reddito o per patologia. Nonostante sette Paesi su 8 analizzati abbiano dei sistemi sanitari basati sui modelli *Beveridge* e *Bismarck*, i quali tendono ad assicurare una copertura piuttosto ampia, dalla nostra analisi si può comunque evidenziare che, in ogni Paese, una percentuale variabile della popolazione in genere maggiore del 10% ha stipulato una Vhi. Inoltre, è stato rilevata una crescita della spesa per la Ltc molto bassa in Italia, Spagna e Stati Uniti, costituendo, ad oggi, un importante punto di debolezza del Ssn.

E' stata invece identificata come un'opportunità per il futuro del sistema sanitario la presenza di una popolazione in buono stato di salute, valutata attraverso indicatori demografici e di vita in buona salute, come ad esempio l'aspettativa di vita in salute alla nascita superiore ai 71 anni. Tali indicatori sono risultati positivi in 5 Paesi sugli otto analizzati, quali Canada, Francia, Italia, Spagna, Svezia. Anche buoni indicatori di efficacia e di efficienza del sistema sanitario, in particolare del sistema ospedaliero, sono stati identificati tra le opportunità di crescita positiva per il futuro. Infine, sono state considerate appartenenti a questa categoria tutte le misure di controllo della spesa sanitaria che comunque tenessero conto delle esigenze di salute della popolazione, sia in termini di pazienti che di personale sanitario, e che quindi non fossero semplicemente finalizzate al contenimento indiscriminato dei costi. Tra le misure positive più utilizzate troviamo: finanziamenti *global-budget* e Drg per ospedali, contrattazione delle tariffe con i *provider* e dei i farmaci, figura del medico *gate-keeper* e implementazione di strategie costo-efficienza.

Tra le minacce che potrebbero mettere a rischio la sostenibilità del sistema sanitario troviamo, al contrario, indicatori demografici e di vita in salute della popolazione, indicatori di efficacia del sistema sanitario e di efficienza, in particolare, del sistema ospedaliero, scarsi cioè sotto la media degli otto Paesi. Ad esempio Germania, Regno Unito e Stati Uniti presentano i peggiori indicatori di efficacia del sistema sanitario tra i Paesi oggetto di studio, mentre Italia e Canada i peggiori in termini di efficienza del sistema ospedaliero valutato attraverso la spesa media e i giorni di degenza medi per ricovero. Un ulteriore rischio per il futuro dei sistemi sanitari è la continua crescita della spesa sanitaria totale e pubblica in assenza di finanziamenti adeguati a sup-

portarla, ciò infatti ha causato in alcuni Paesi importanti deficit di bilancio, sia a carico delle autorità locali che degli ospedali nei Paesi a modello *Beveridge* o delle Shi nei Paesi a modello *Bismarck*.

In un contesto come quello attuale in cui lo sviluppo di nuove tecnologie è rapido e continuo, non è difficile immaginare quanto sia importante il peso che tutto ciò abbia sulla spesa sanitaria attuale e ancora di più nei prossimi anni, in cui l'aumento della spesa farmaceutica e tecnologica e quindi della spesa ospedaliera costituiranno, come è già stato per il recente passato, i principali determinanti della spesa sanitaria insieme, ovviamente, all'invecchiamento della popolazione. Tutto ciò costituisce un'importante minaccia per la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari a prescindere dal modello universalistico, mutualistico o privatistico su cui si fondano. ●

Capitolo 3

L'Italia a confronto negli ultimi 15 anni

Analisi di trend e comparativa della spesa sanitaria pubblica

La spesa sanitaria pubblica in percentuale di Pil negli anni 2002-2016, è cresciuta marcatamente in Svezia e Germania, soprattutto, ma in minor misura anche negli Stati Uniti e nel Regno Unito. In Francia, tale voce di spesa, non ha fatto registrare significative variazioni anche se tale valore risultava tra i più alti degli 8 Paesi considerati già nel 2002. In Spagna la spesa sanitaria pubblica in percentuale di Pil era nel 2002 la più bassa tra gli 8 Paesi considerati, ma ha fatto registrare una crescita significativa almeno fino al 2009.

In Italia, invece, nonostante il valore della spesa sanitaria pubblica in percentuale di Pil sia storicamente inferiore rispetto a quello di altri Paesi Ocse, non sono state registrate crescite significative. Infatti, dopo un incremento, lieve ma costante, di questa voce di spesa dal 2002 al 2009, il valore non è più cresciuto, anzi, si è attestato su livelli inferiori rispetto al 2009.

La spesa sanitaria pubblica rappresenta la principale voce di spesa in quasi tutti i Paesi analizzati. L'unica eccezione è rappresentata dagli Stati Uniti, dove la spesa sanitaria pubblica rappresenta circa la metà della spesa sanitaria totale, con un lieve incremento fatto registrare negli ultimi 15 anni. La Germania è il Paese dove è stato evidenziato l'incremento maggiore nel rapporto tra spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria totale, ciò infatti, è ben visibile per l'anno 2009. Viceversa, Spagna e Regno Unito sono i Paesi che, a partire dal 2010, hanno fatto registrare un calo, in una prima fase molto marcato, nel rapporto tra spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria totale.

In Italia, la spesa sanitaria pubblica si attesta su un valore medio del 75% della spesa sanitaria totale. Tale rapporto ha, comunque, fatto registrare una lieve ma costante riduzione a favore della spesa sanitaria privata dal 2009 in poi, anno in cui si è contratta la spesa sanitaria pubblica in conseguenza della crisi economica globale. Solo dal 2015, il trend del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria totale sembra aver fermato la sua discesa.

FIGURA 1 - SPESA PUBBLICA IN PERCENTUALE PIL

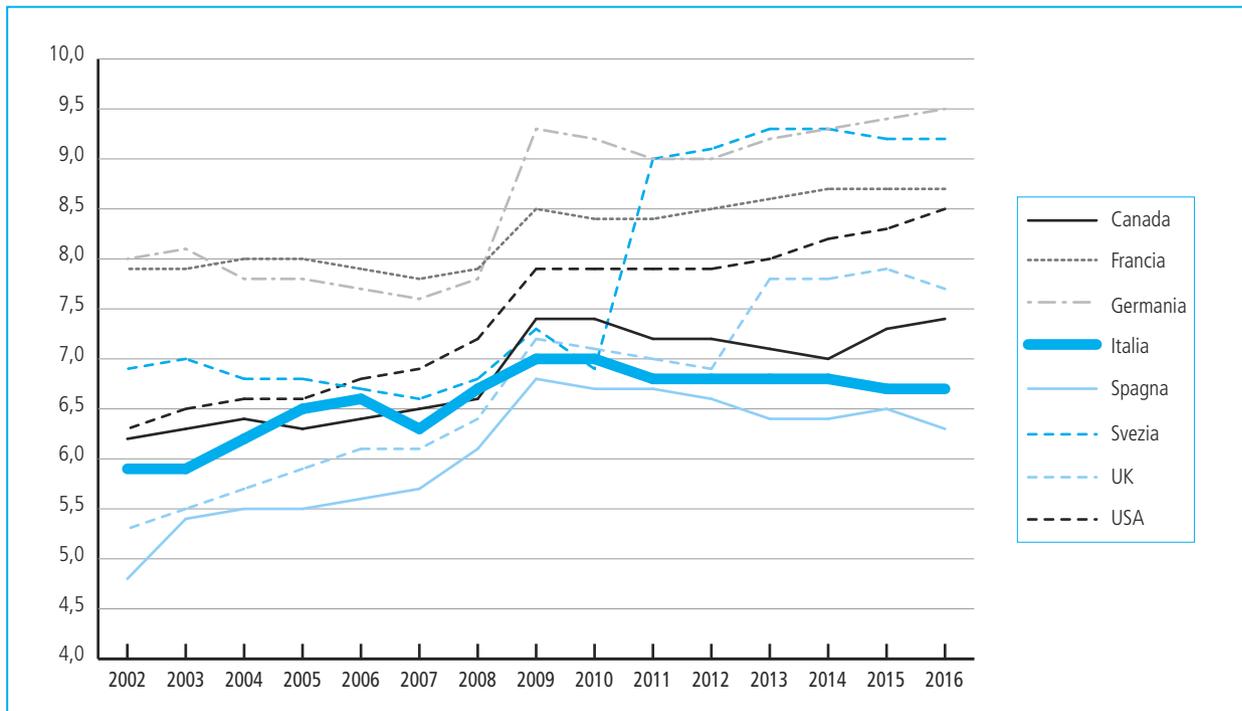


FIGURA 2 - SPESA PUBBLICA IN PERCENTUALE DI SPESA SANITARIA

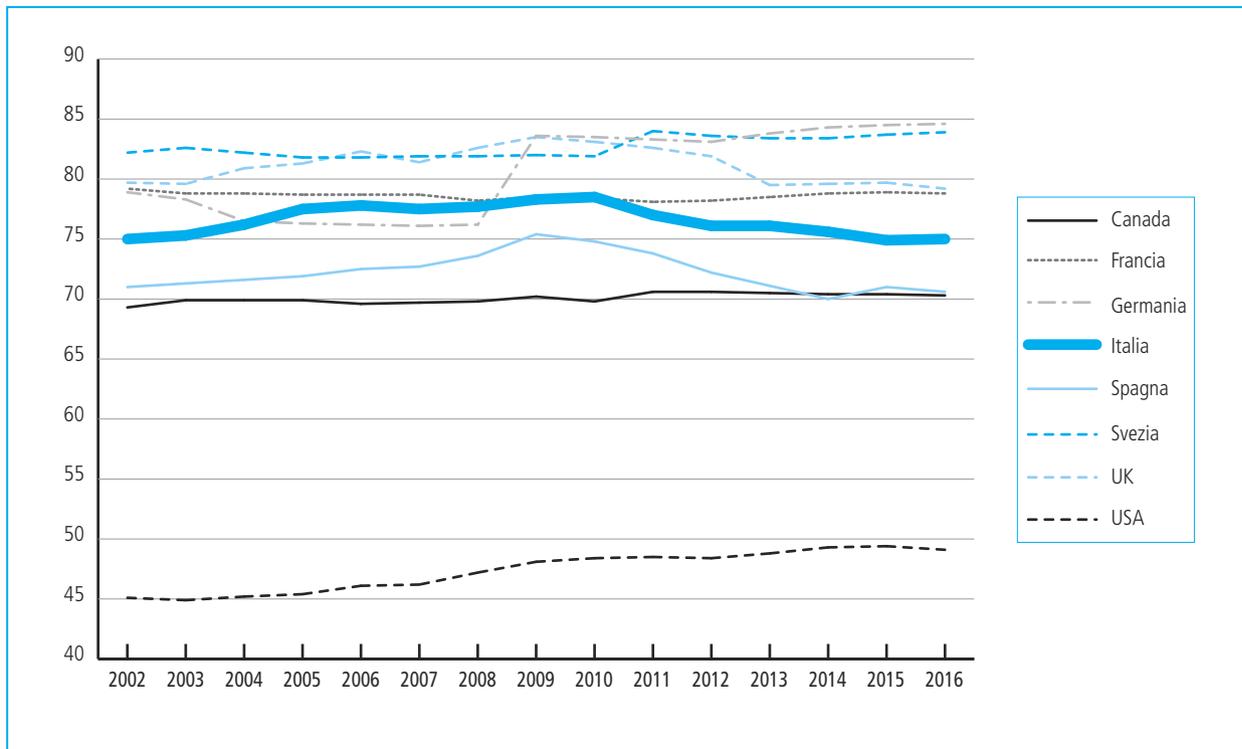
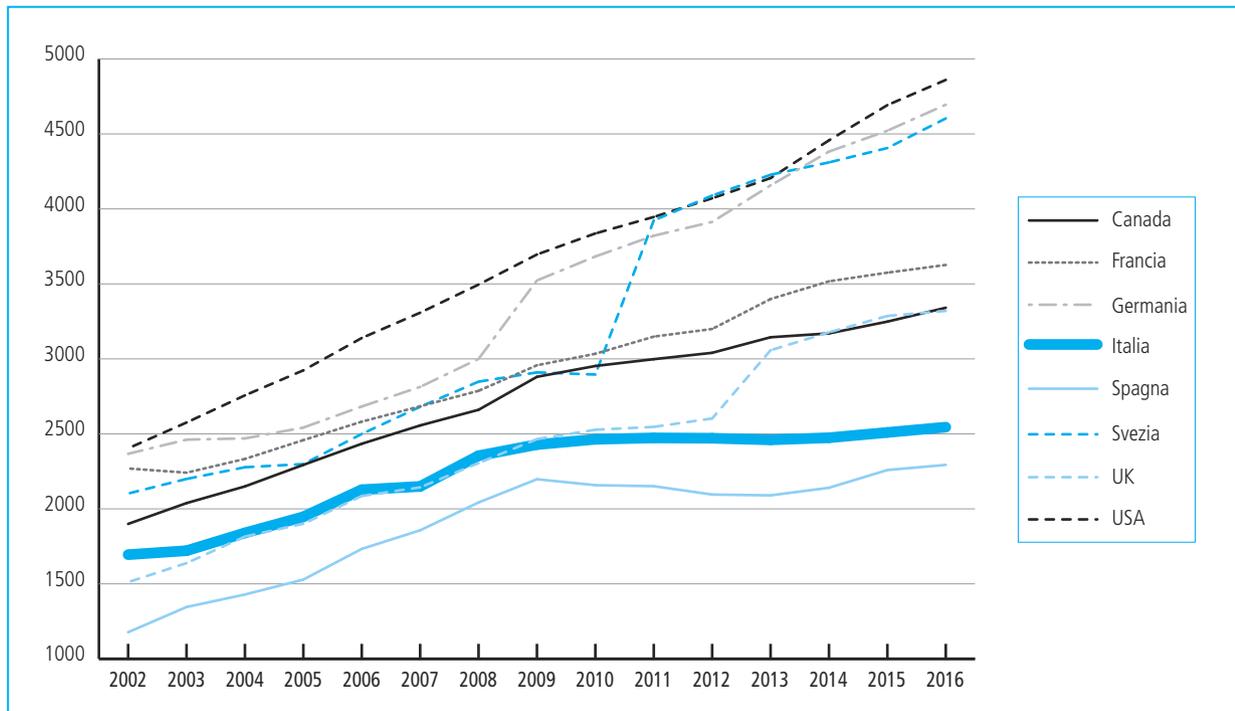


FIGURA 3 - SPESA PUBBLICA PRO-CAPITE IN PPP



La spesa sanitaria pubblica a parità di potere d'acquisto (Ppp) in dollari (\$) è cresciuta costantemente negli ultimi 15 anni in tutti i Paesi analizzati. Svezia, Germania e Stati Uniti sono i Paesi che hanno fatto registrare gli incrementi maggiori. In particolare modo, la Svezia è il Paese oggetto di comparazione che ha fatto registrare l'incremento maggiore.

In Italia, la spesa sanitaria pubblica a Ppp in \$ è cresciuta lievemente fino al 2009, per poi stabilizzarsi su valori compresi tra 2000\$-2500\$. Tale dato, simile a quello del Regno Unito, è, dal 2012, tra i più bassi e superiore solo alla Spagna. In particolare, nel 2016 la spesa sanitaria pubblica a Ppp in \$ in Italia è quasi la metà dell'equivalente negli Stati Uniti (4860 \$), Germania (4694 \$) e Svezia (4603 \$). Anche Francia (3626 \$), Canada (3341 \$) e Regno Unito (3320 \$) hanno valori di tale voce di spesa superiori di circa il 50% a quelli dell'Italia.

Analisi di trend e comparativa della spesa sanitaria privata

Il valore della spesa sanitaria privata in percentuale di Pil negli ultimi 15 anni è stata messa a confronto tra 7 Paesi Ocse (gli Stati Uniti sono esclusi dall'analisi a causa della differente tipologia di sistema sanitario che vede in tale spesa la voce preponderante). Il dato della spesa sanitaria privata in percentuale di Pil ha fatto registrare un incremento, soprattutto dal 2011 in poi, principalmente nel Regno Unito, Spagna e Italia. Nel Regno Unito, che tra i 7 Paesi nel 2002 presentava il valore più basso, l'incremento è probabilmente conseguenza della riforma del *National Health Service* che ha portato ad una crescita costante a tale voce di spesa. In Italia e Spagna l'incremento è, verosimilmente, conseguente della riduzione della spesa pubblica derivante dalle misure di *austerità* messe in atto in tali Paesi negli anni della crisi dei debiti sovrani che ha investito molti Paesi del sud Europa. Tale voce di spesa si è ridotta, a partire dal 2008, solo in Germania.

FIGURA 4 - SPESA PRIVATA IN PERCENTUALE PIL

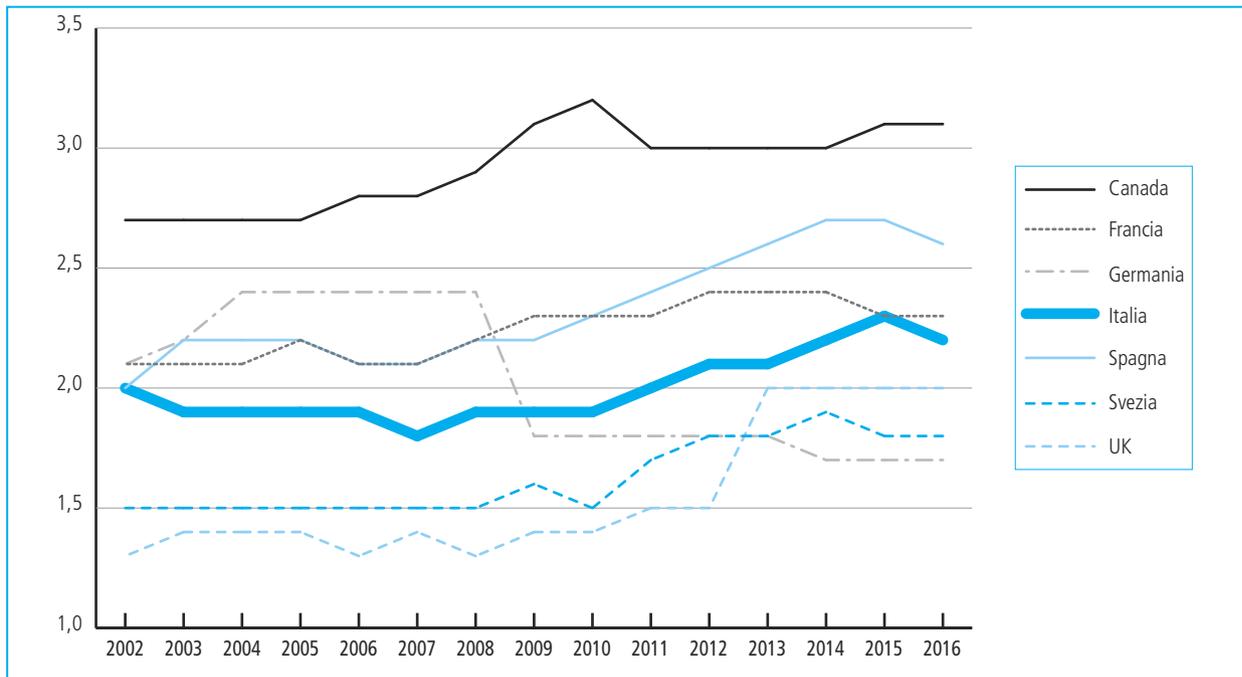
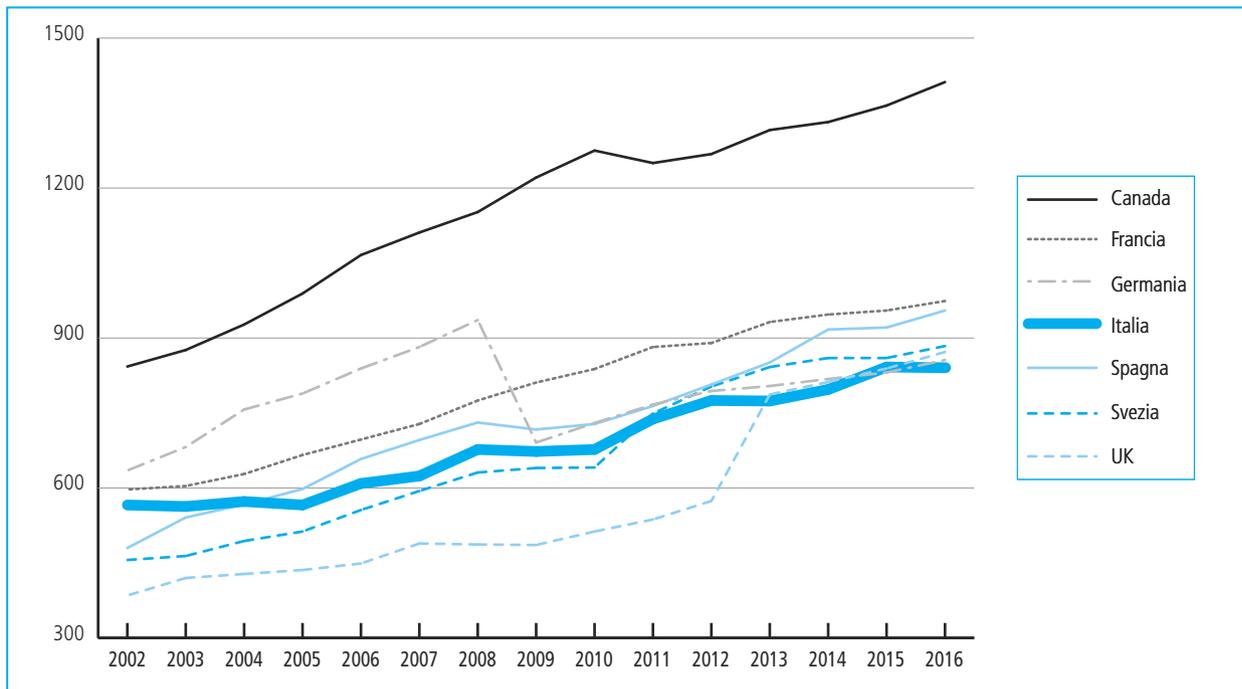


FIGURA 5 - SPESA PRIVATA PRO-CAPITE IN PPP



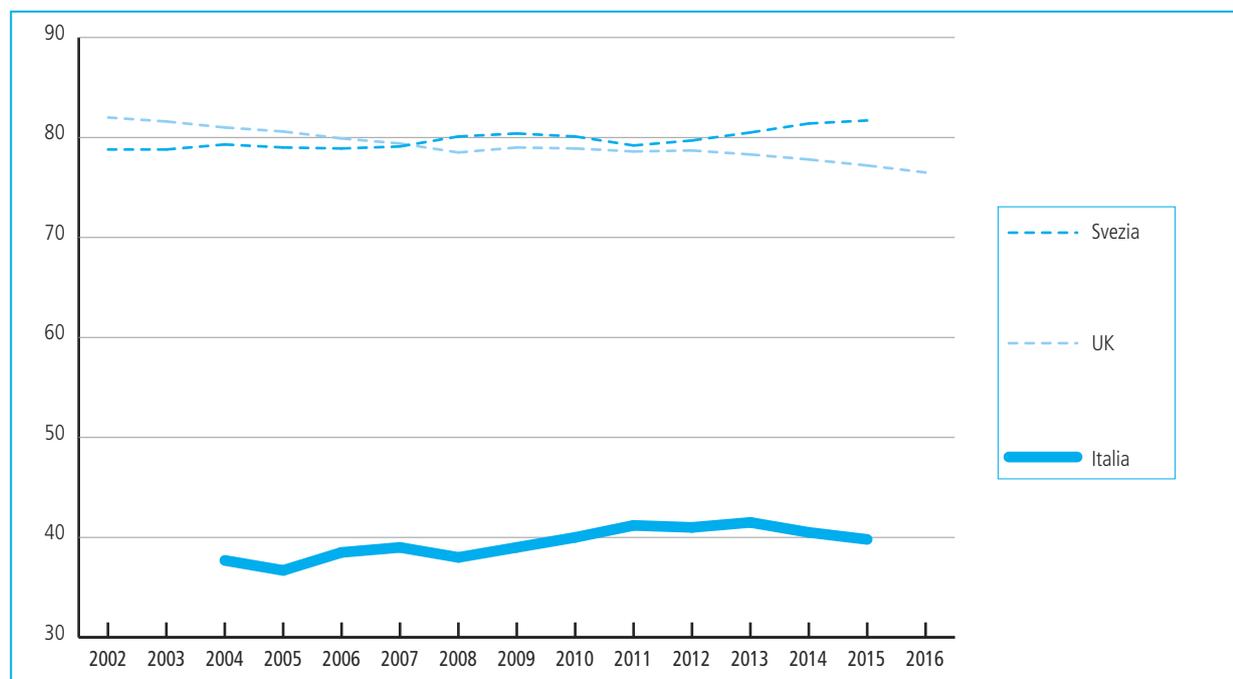
La spesa sanitaria pro-capite a parità di potere d'acquisto (Ppp) in dollari (\$) è cresciuta costantemente negli ultimi 15 anni in quasi tutti i Paesi analizzati, fatta eccezione per la Germania che, come già evidenziato in precedenza, ha adottato politiche tendenti a ridurre il contributo privato alla spesa sanitaria. La spesa privata a Ppp in \$ è quasi raddoppiata nel Regno Unito, considerando che nel 2002 presentava il valore più basso; Svezia e Canada invece, nel medesimo anno, registravano il valore più alto.

In Italia, la spesa sanitaria privata a Ppp in \$ si è mantenuta pressoché invariata fino al 2008, per poi crescere costantemente fino al 2016, anno di ultima rilevazione dei dati. La causa di tale incremento è da ricercare nella crisi economica globale e nella conseguente crisi dei debiti sovrani che ha comportato una riduzione della spesa sanitaria pubblica nei Paesi in cui sono state adottate misure di *austerità*, come l'Italia. Infatti, nel 2016, a differenza di quanto osservato per la spesa sanitaria pubblica, la spesa sanitaria privata pro-capite a Ppp in \$ dell'Italia (847 \$) è pressoché simile a quella della Germania (856 \$), del Regno Unito (872 \$) e della Svezia (884 \$), e inferiore solo del 20% circa a quella della Francia (974 \$).

Analisi di trend e comparativa della performance delle attività di prevenzione

La percentuale di adesione allo screening per il carcinoma della cervice uterina, tra il 2004 e il 2015 (ultimo anno per il quale i dati sono disponibili), in Italia risulta decisamente inferiore rispetto al Regno Unito e Svezia. In particolare, nel nostro Paese l'adesione si attesta intorno al 40% per le donne tra 12 e 65 anni, contro una media dell'80% per gli altri 2 Paesi analizzati. Probabilmente le attività di prevenzione, che trovano la più classica manifestazione negli screening oncologici, di cui quello per il carcinoma della cervice uterina è il più efficace (dalla sua introduzione, negli anni 50', la mortalità per carcinoma della cervice uterina si è ridotta costantemente in tutti i Paesi avanzati) e costo/efficace (per il conseguente risparmio dato dal trattare condizioni cliniche meno gravi rispetto al carcinoma della cervice uterina in stadio avanzato), risentono ancora di deficit organizzativi e gestionali che l'Italia non è riuscita a colmare rispetto ai Paesi del nord Europa come il Regno Unito e la Svezia, che in questo settore sono stati dei pionieri.

FIGURA 6 - ADERENZA SCREENING CARCINOMA CERVICE UTERINA



Analisi di trend e comparativa della performance delle attività territoriali

I tassi di ospedalizzazioni evitabili rappresentano un *proxy* dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza territoriale, pertanto possono essere utilizzate come indicatore di *performance* per tale livello assistenziale. Tra le ospedalizzazioni evitabili, quelle valutate per l'analisi comparativa e di trend sono le ospedalizzazioni per Bpco e asma, le ospedalizzazioni per complicanze diabetiche e quelle per ipertensione arteriosa, ovvero le ospedalizzazioni per alcune tra le patologie con la più alta prevalenza nei Paesi oggetto di indagine.

Tra gli 8 Paesi Ocse analizzati, l'Italia è l'unico che ha registrato un decremento del tasso di ospedalizzazione per Bpco e asma su 100.000 abitanti tra il 2002 e il 2016, ciò è probabilmente conseguenza delle politiche atte ad incrementare l'efficienza ospedaliera negli ultimi anni. Infatti, negli ultimi 15 anni l'attenzione dei committenti delle prestazioni sanitarie si è fortemente incentrata sulla riduzione delle inefficienze dei Sistemi sanitari regionali, sanzionando gli erogatori, soprattutto privati, che registrano ricoveri in acuti con determinati parametri, definiti inappropriati. Tale attività, dovrebbe essere accompagnata da un incremento dell'offerta ambulatoriale per soddisfare l'aumentata platea di bisogni che si rivolgono al territorio, in conseguenza dello *shift* ospedale-territorio.

Il tasso di ospedalizzazione per complicanze diabetiche su 100.000 abitanti si è ridotto pressoché in tutti i Paesi analizzati. Tale decremento in Italia, sebbene inferiore a quello delle ospedalizzazioni per Bpco e asma, risulta più marcato già a partire dal 2010.

In Italia il tasso di ospedalizzazione per ipertensione arteriosa su 100.000 abitanti si è ridotto costantemente, e maggiormente rispetto agli altri 7 Paesi Ocse, negli ultimi 15 anni. Nonostante ciò, il tasso di ospedalizzazione per ipertensione arteriosa nel nostro Paese, è ancora superiore a quello di Regno Unito (114 su 100.000 abitanti), Canada (182 su 100.000 abitanti) e Spagna (208 su 100.000 abitanti).

FIGURA 7 - OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO SU 100.000

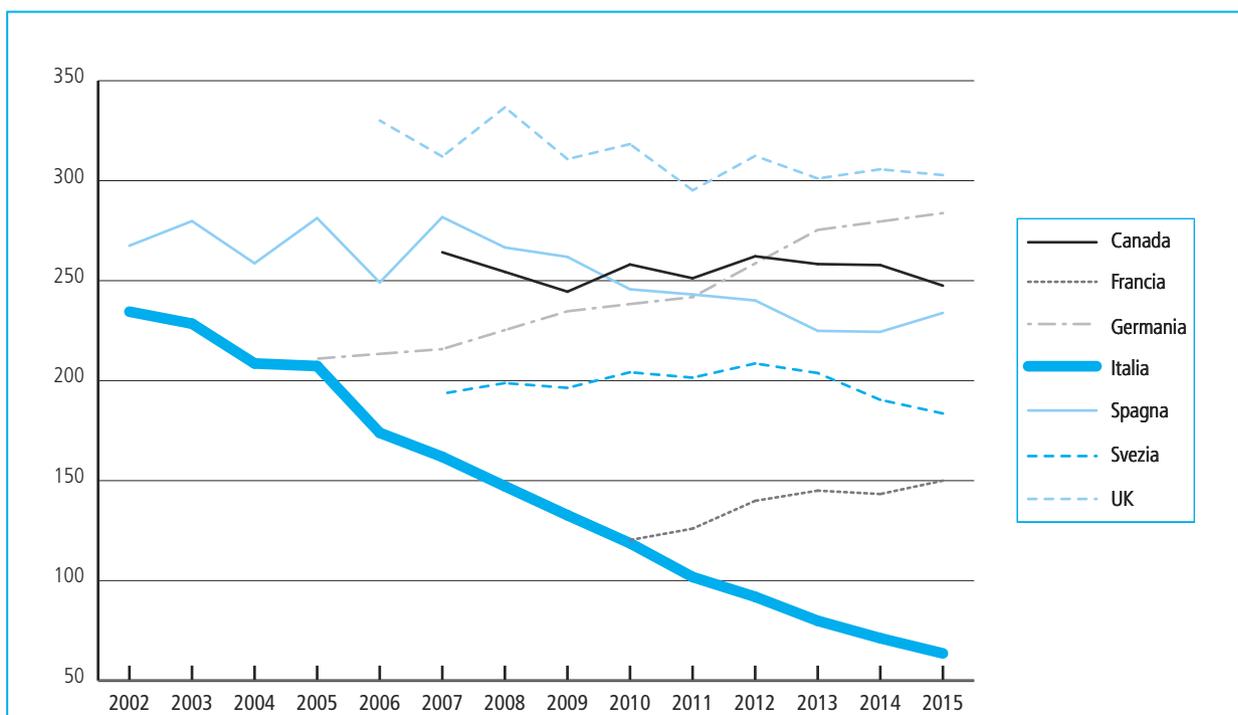


FIGURA 8 - OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE SU 100.000

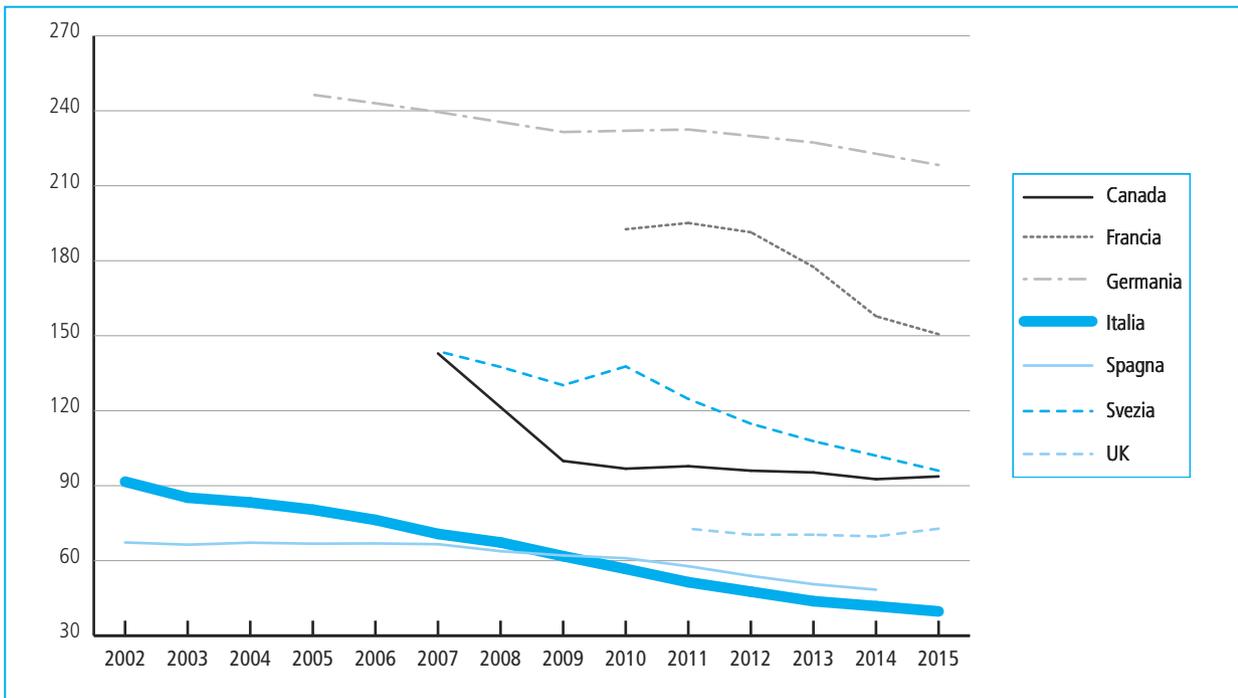
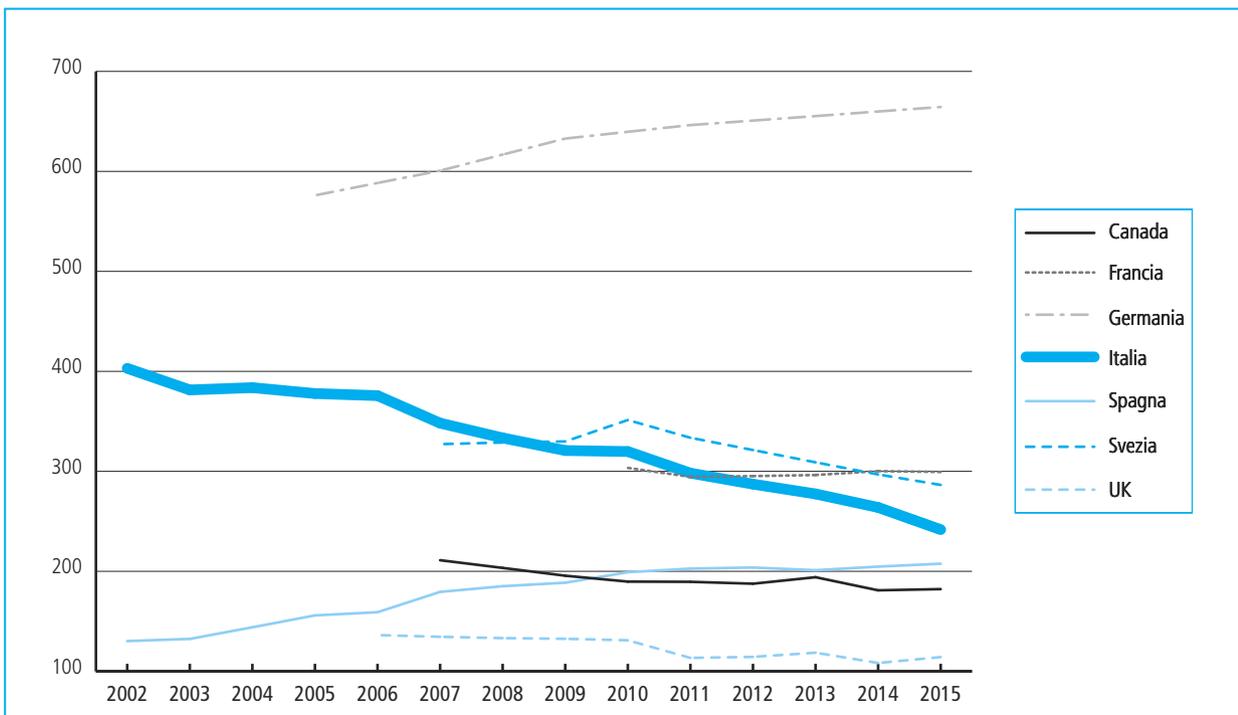


FIGURA 9 - OSPEDALIZZAZIONE PER IPERTENSIONE SU 100.000



Analisi di trend e comparativa della performance delle attività ospedaliere

Le *performance* ospedaliere in Italia, valutate grazie all'analisi degli esiti per specifiche condizioni nosologiche, sono migliorate costantemente negli ultimi 15 anni. Infatti, la mortalità a 30 giorni sia per infarto acuto del miocardio che per ictus emorragico si è ridotta in maniera costante.

La mortalità a 30 giorni per infarto acuto del miocardio (Ima) su 100 eventi nel 2015 (ultimo anno per il quale i dati sono disponibili) in Italia era tra le più basse (5,4), solo Svezia (4,2) e Canada (5,1) presentavano dati inferiori.

La mortalità a 30 giorni per ictus emorragico su 100 eventi nel 2015 (ultimo anno per il quale i dati sono disponibili) in Italia faceva registrare valori medi rispetto agli 8 Paesi Ocse oggetto di comparazione. Infatti, il valore per l'Italia (19,8) era nettamente inferiore a Regno Unito (27,6) e Spagna (26,0), ma superiore rispetto a Svezia (14,5) e Germania (17,4).

La mortalità a 30 giorni per Ima e per ictus emorragico in Italia sono, complessivamente, buone se paragonate agli altri 7 Paesi Ocse. Anche analizzando questi valori in rapporto alla spesa sanitaria totale, è possibile riscontrare una maggior efficienza dell'Italia rispetto a Paesi, come Regno Unito e Francia, che investono maggiormente in spesa sanitaria pubblica in percentuale di Pil.

FIGURA 10 - MORTALITÀ A 30 GG PER IMA SU 100

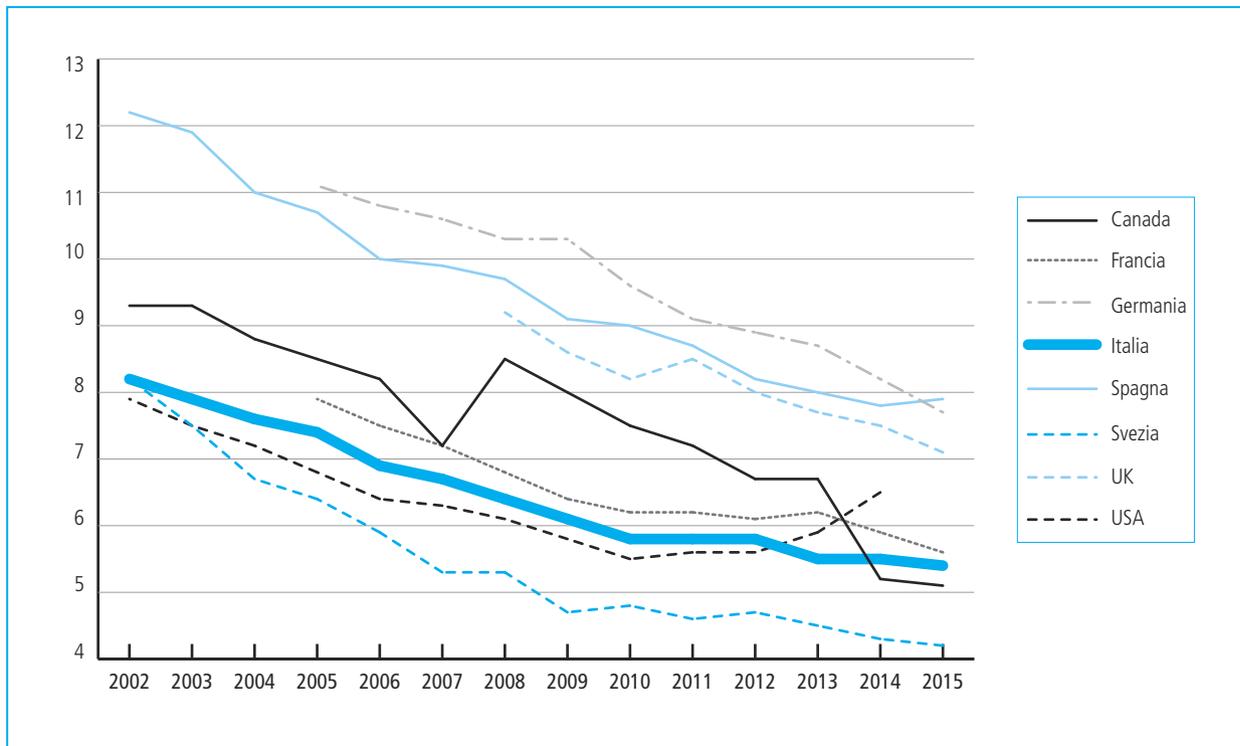
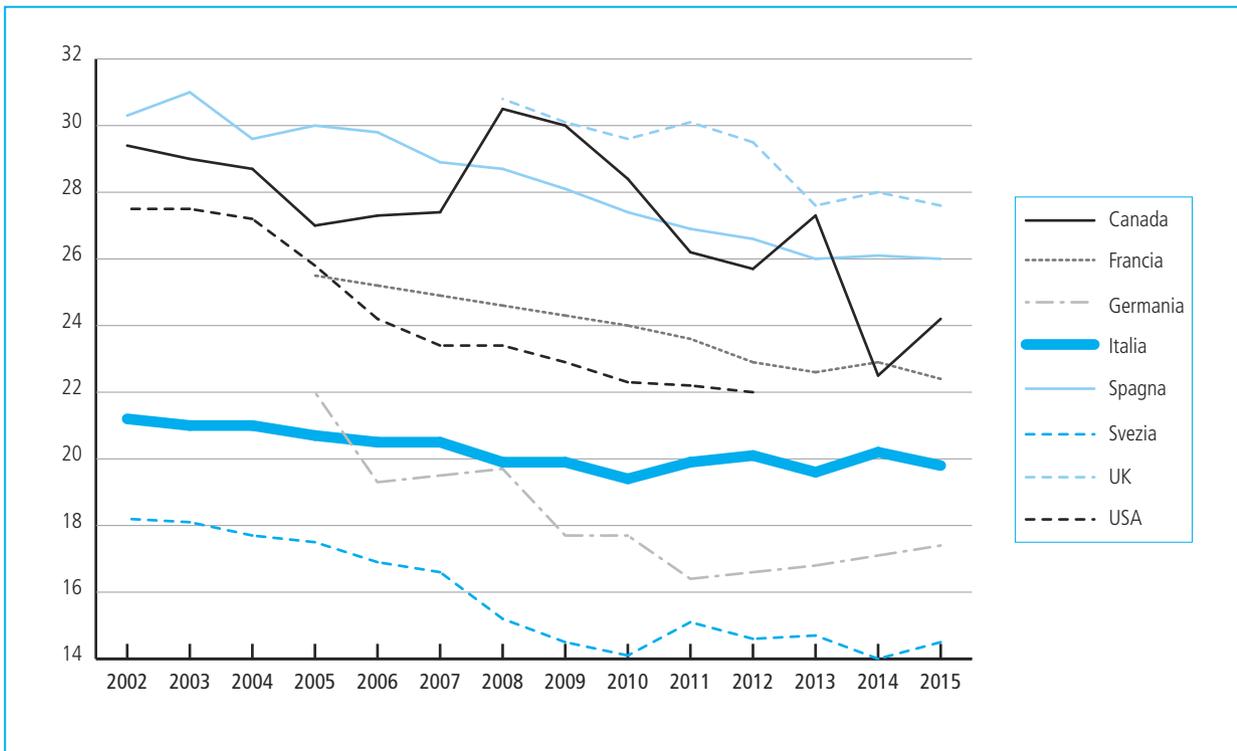


FIGURA 11 - MORTALITÀ A 30 GG PER ICTUS EMORRAGICO SU 100



Analisi di trend della spesa e delle performance in Italia

In Italia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di Pil tra il 2002 e il 2016 si è mantenuta pressoché costante, nonostante una marcata variabilità, al contrario della spesa sanitaria privata in percentuale di Pil che, nello stesso periodo, ha fatto registrare un incremento costante.

Al contrario, la spesa sanitaria pubblica a parità di potere d'acquisto è cresciuta costantemente in Italia, così come, anche se in maniera meno marcata, la spesa sanitaria privata a parità di potere d'acquisto. Tale dato, naturalmente, è inficiato dall'andamento dell'indice inflazionistico nello stesso periodo, rendendosi maggiormente utile nelle analisi comparative con altri Paesi (come fatto precedentemente) piuttosto che nelle analisi di trend.

È opportuno sottolineare come l'importante decremento nei tassi di ospedalizzazione per alcune specificate condizioni croniche registrato in Italia non sembra accompagnato da un equivalente incremento della spesa sanitaria (pubblica) per le prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale. Tale situazione, attestato l'incremento costante della prevalenza delle principali patologie croniche nella popolazione italiana, potrebbe comportare un incremento della spesa sanitaria privata conseguente all'incremento della spesa *out-of-pocket*, derivante sia dalla compartecipazione alla spesa (ticket) sia dalle prestazioni private, con aggravio sulle spalle dei soli cittadini. Pertanto, sarebbe opportuna una precoce e rinnovata programmazione della spesa sanitaria pubblica ambulatoriale per scongiurare il fenomeno, peraltro già presente in alcuni casi, della rinuncia alle cure per motivi economici.

La riduzione costante dei valori di mortalità a 30 giorni per alcune condizioni acute indica un'ottima *performance* delle attività ospedaliere in Italia. A questo incremento di *performance*, non

sembrerebbe corrispondere un equivalente incremento di spesa ospedaliera, che peraltro sarebbe normale in considerazione degli incrementati costi per le nuove tecnologie. Pertanto, è probabile che il sistema delle attività in acuto stia raggiungendo, o abbia già raggiunto, il massimo dell'effi-

FIGURA 12 - SPESA SANITARIA IN PERCENTUALE DI PIL IN ITALIA

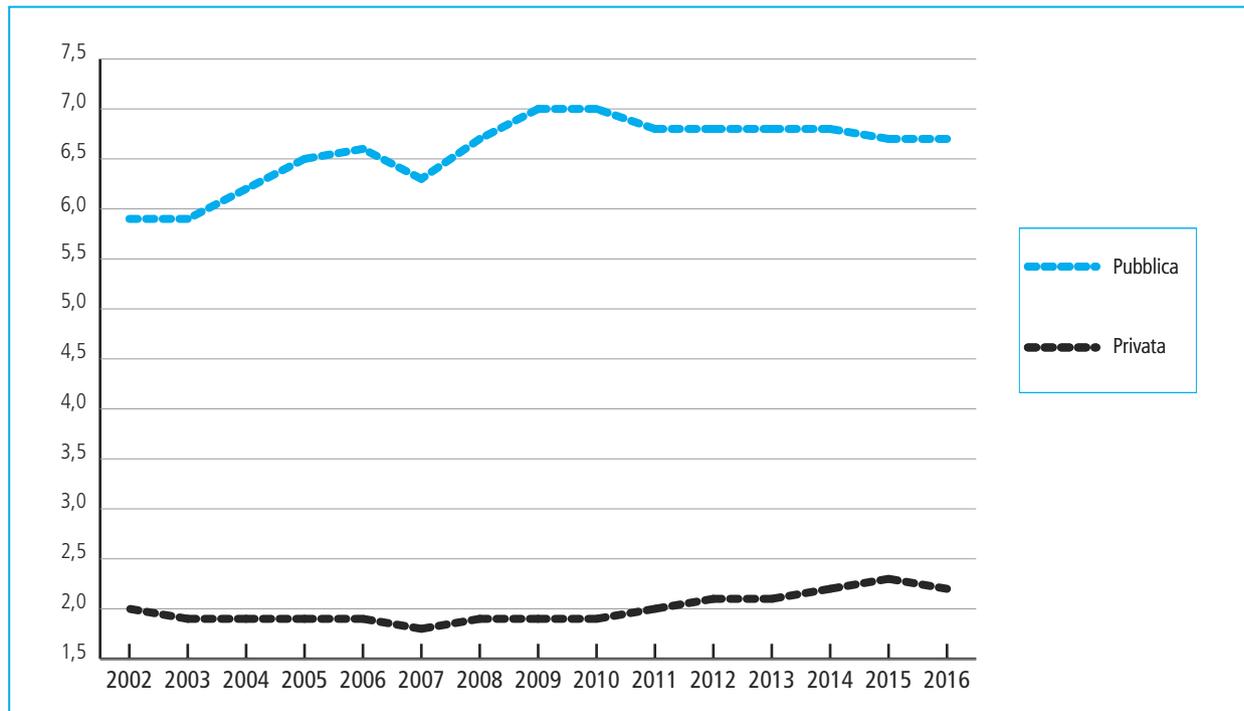
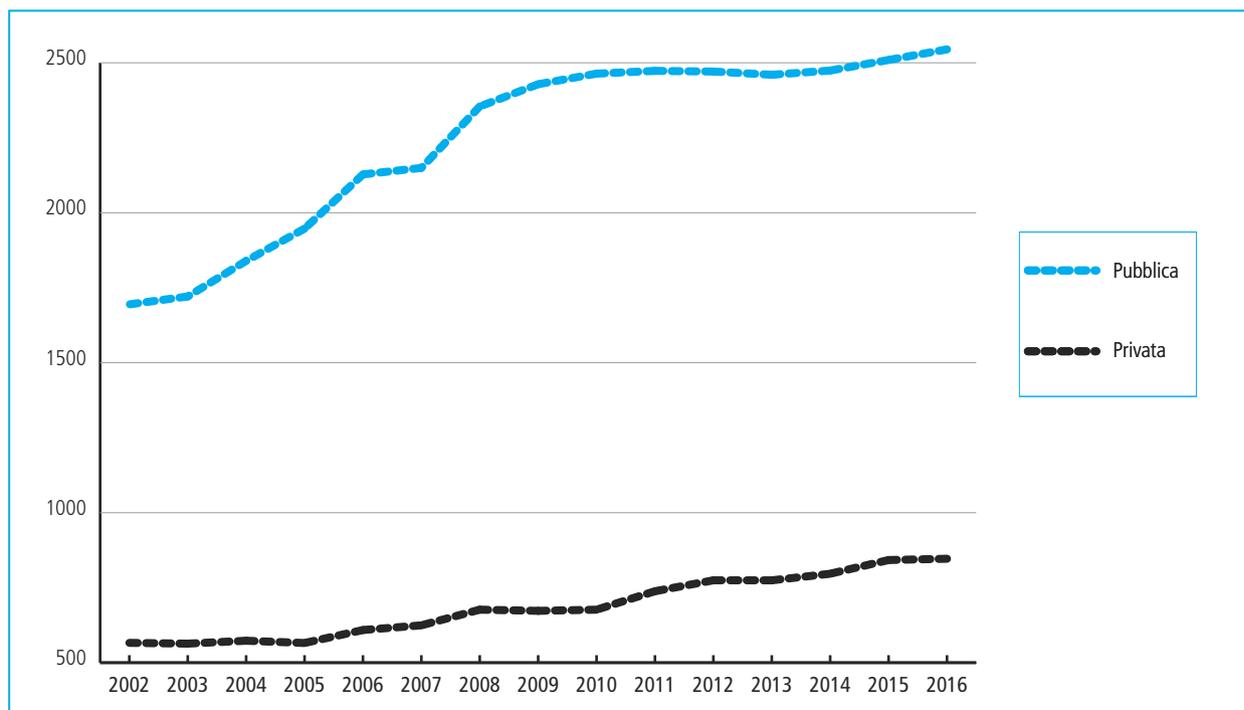


FIGURA 13 - SPESA SANITARIA A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO IN ITALIA



cienza possibile, con il rischio concreto che ulteriori mancati incrementi di spesa per attività ospedaliera (essenziali per sostenere i costi per nuovo personale sempre più formato e nuove tecnologie) possano portare ad una riduzione delle *performance* delle attività sanitarie in acuzie.

FIGURA 14 - OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI SU 100.000 ABITANTI IN ITALIA

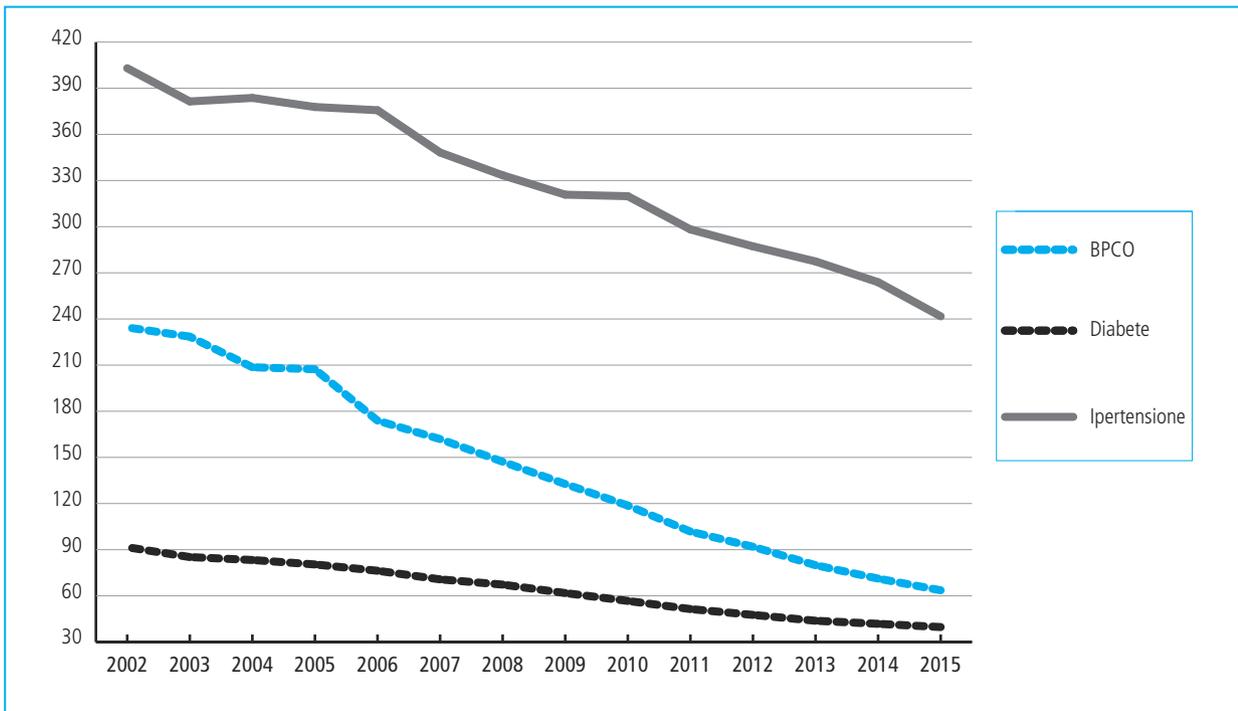
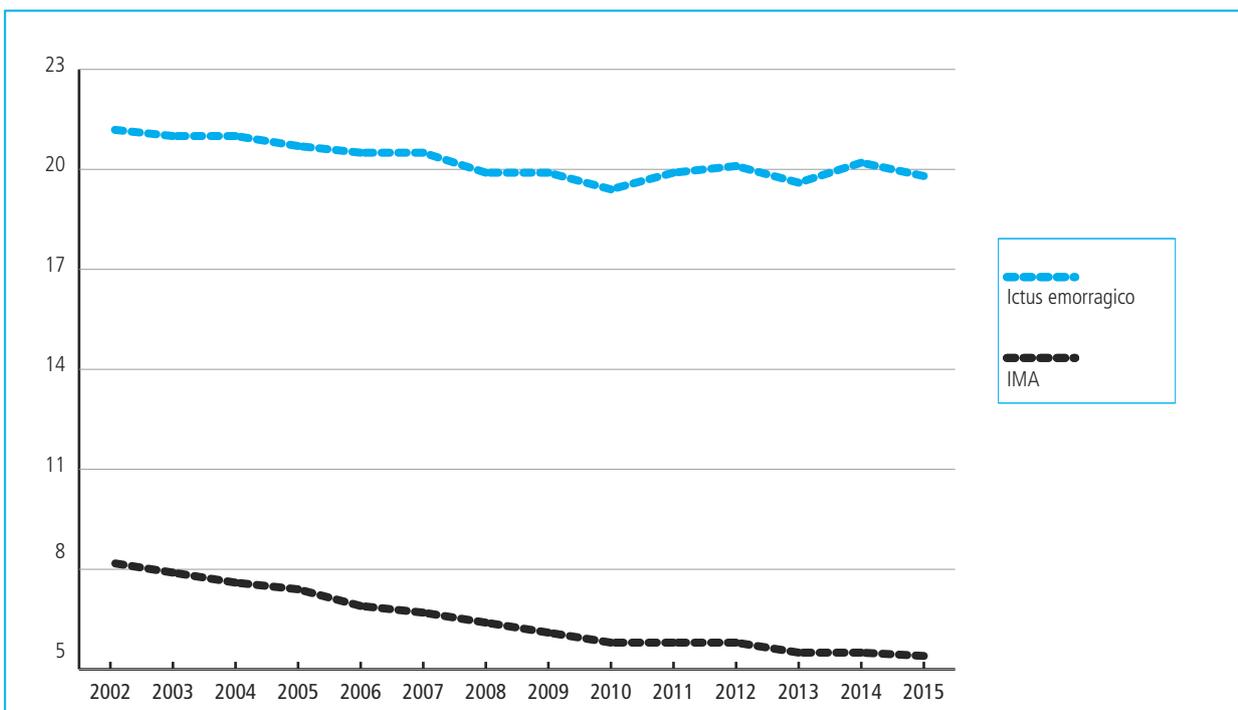


FIGURA 15 - MORTALITÀ A 30 GG SU 100 RICOVERI IN ITALIA



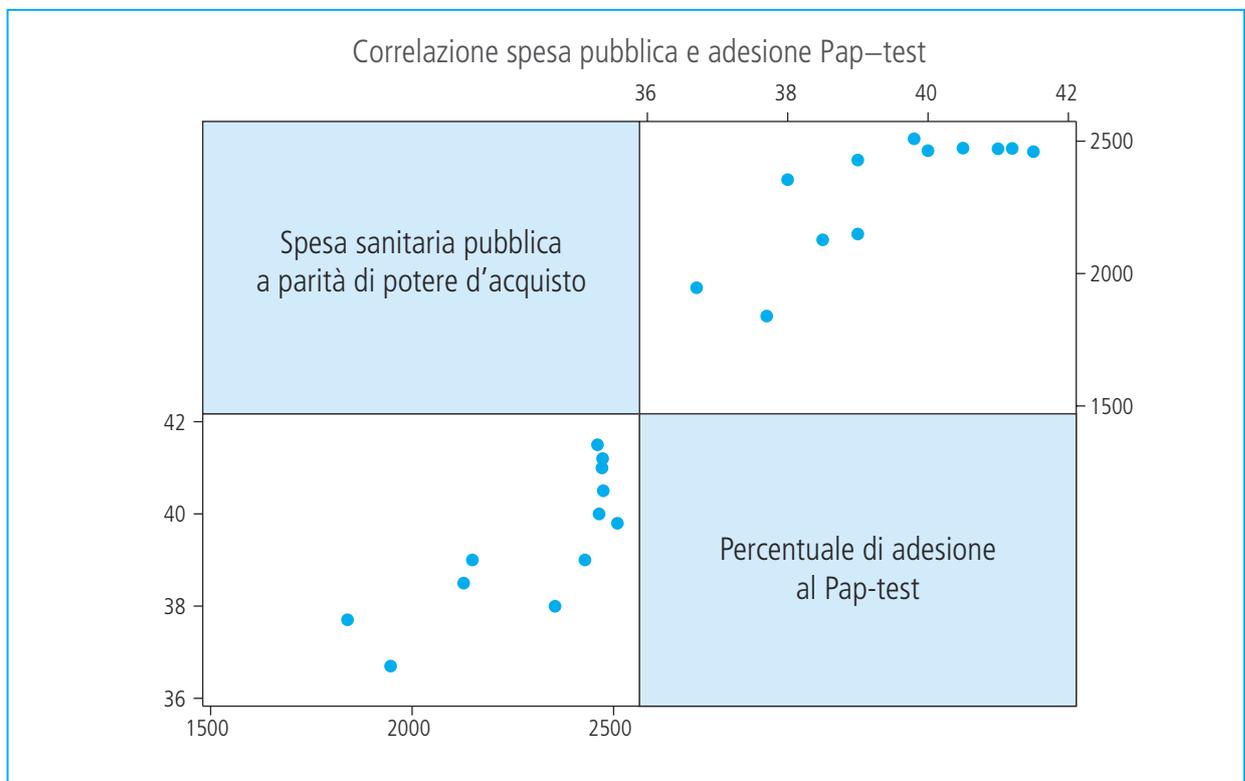
Analisi di correlazione tra spesa sanitaria e performance in Italia

Per quanto riguarda la correlazione tra gli indicatori di spesa sanitaria pubblica e indicatori di *performance* delle attività di prevenzione, è stata eseguita un'analisi di correlazione di *Pearson* tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite a parità di potere d'acquisto e la percentuale di adesione al Pap-test in Italia (anni 2002-2015). Tale correlazione ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa ($p < 0.05$) tra i 2 indicatori considerati ($\rho = 0.8060$). La figura 16 riporta la matrice dello *scatter plot* riferito a tale correlazione.

Per quanto riguarda la correlazione tra gli indicatori di spesa sanitaria pubblica e gli indicatori di *performance* delle attività territoriali, è stata eseguita un'analisi di correlazione di *Pearson* tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite a parità di potere d'acquisto e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche ad alto impatto epidemiologico in Italia dal 2002 al 2015. È stata evidenziata una correlazione inversa statisticamente significativa ($p < 0.05$) tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite a parità di potere d'acquisto e il tasso di ospedalizzazione per Bpco e asma ($\rho = -0.9527$), per diabete ($\rho = -0.9313$) e per ipertensione arteriosa ($\rho = -0.8963$). Pertanto, l'incremento della spesa sanitaria pubblica, corretto per il valore dell'inflazione, si associa ad una riduzione delle inefficienze territoriali che portano ad ospedalizzazioni potenzialmente inappropriate. La figura 17 riporta la matrice dello *scatter plot* riferito all'analisi di correlazione dell'ospedalizzazione per Bpco e asma.

Per quanto riguarda la correlazione tra gli indicatori di spesa sanitaria pubblica e indicatori di *per-*

FIGURA 16 - CORRELAZIONE TRA SPESA SANITARIA PUBBLICA A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO E ADESIONE ALLO SCREENING PER CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA IN ITALIA DAL 2002 AL 2015



formance dell'attività ospedaliera, è stata eseguita un'analisi di correlazione di *Pearson* tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite a parità di potere d'acquisto e la mortalità a 30 giorni per alcune condizioni acute ad alto impatto clinico ed epidemiologico. L'analisi ha evidenziato una correlazione inversa statisticamente significativa ($p < 0.05$) tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite a parità di potere d'acquisto e la mortalità a 30 giorni per infarto acuto del miocardio ($\rho = -0.9840$) e per ictus emorragico ($\rho = -0.9320$). Pertanto, l'incremento della spesa sanitaria pubblica, corretto per il valore dell'inflazione, si associa ad un incremento della *performance* ospedaliera, maggiormente evidente nel trattamento dell'infarto acuto del miocardio, che porta ad una riduzione della mortalità a breve termine per patologie acute che, verosimilmente, sono state trattate tempestivamente. La figura 18 riporta la matrice dello *scatter plot* riferito all'analisi di correlazione della mortalità a 30 giorni per infarto acuto del miocardio.

Per quanto riguarda ancora la correlazione tra gli indicatori di spesa sanitaria privata e indicatori di *performance* delle attività di prevenzione, è stata eseguita un'analisi di correlazione di *Pearson* tra la spesa sanitaria privata pro-capite a parità di potere d'acquisto e la percentuale di adesione al Pap-test, che ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa ($p < 0.05$) tra i 2 indicatori considerati ($\rho = 0.8082$). La figura 19 riporta la matrice dello *scatter plot* riferito a tale analisi di correlazione.

Per quanto concerne la correlazione tra gli indicatori di spesa sanitaria privata e indicatori di *performance* delle attività territoriali, è stata eseguita un'analisi di correlazione di *Pearson* tra la spesa sanitaria privata pro-capite a parità di potere d'acquisto e il tasso di ospedalizzazione per alcu-

FIGURA 17 - CORRELAZIONE TRA SPESA SANITARIA PUBBLICA A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO E TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO E ASMA IN ITALIA DAL 2002 AL 2015

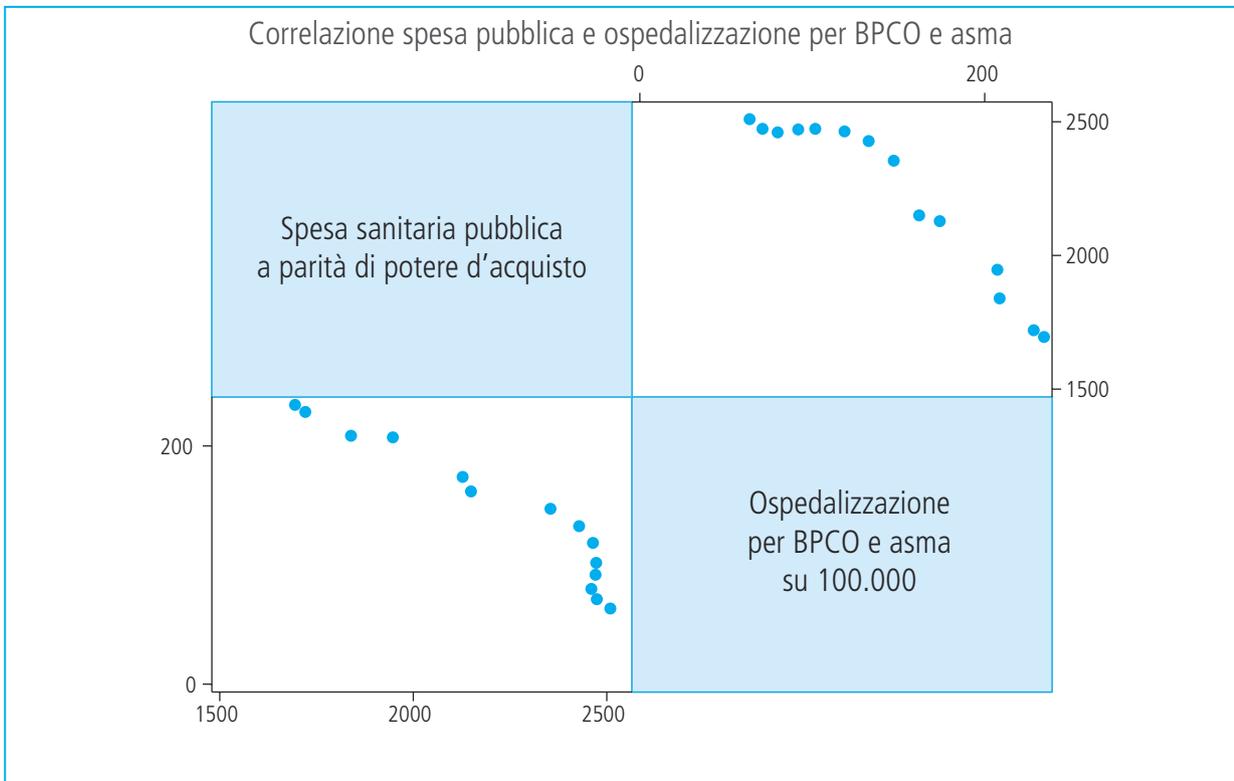


FIGURA 18 - CORRELAZIONE TRA SPESA SANITARIA PUBBLICA A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO E MORTALITÀ A 30 GIORNI PER INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO IN ITALIA DAL 2002 AL 2015

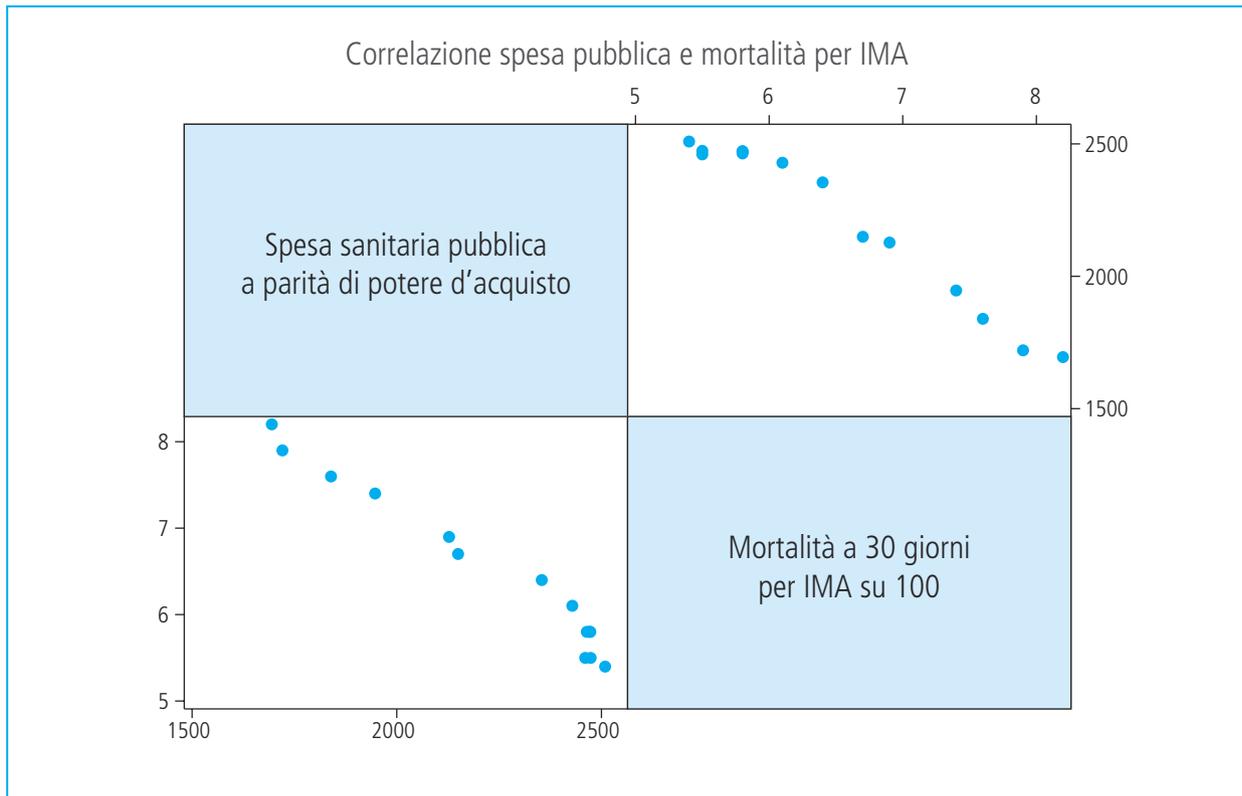


FIGURA 19 - CORRELAZIONE TRA SPESA SANITARIA PRIVATA A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO E ADESIONE ALLO SCREENING PER CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA IN ITALIA DAL 2002 AL 2015

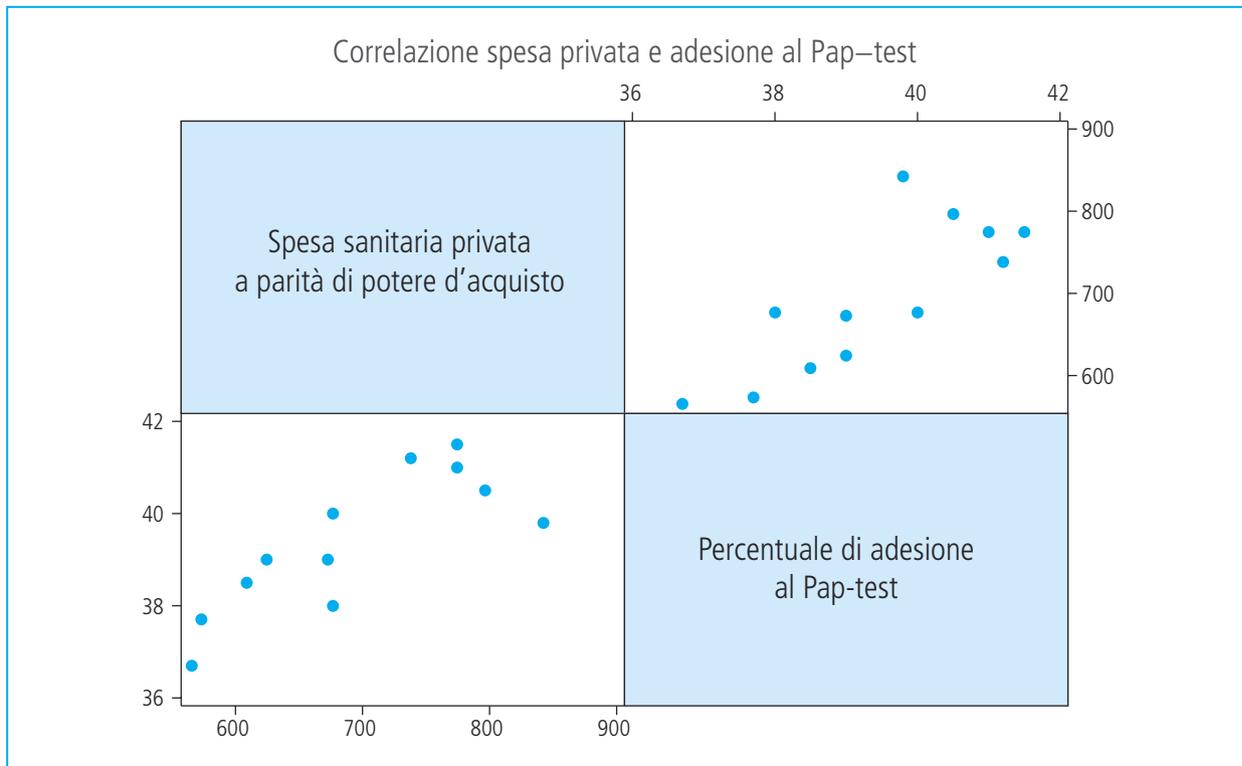


FIGURA 20 - CORRELAZIONE TRA SPESA SANITARIA PRIVATA A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO E TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO E ASMA IN ITALIA DAL 2002 AL 2015

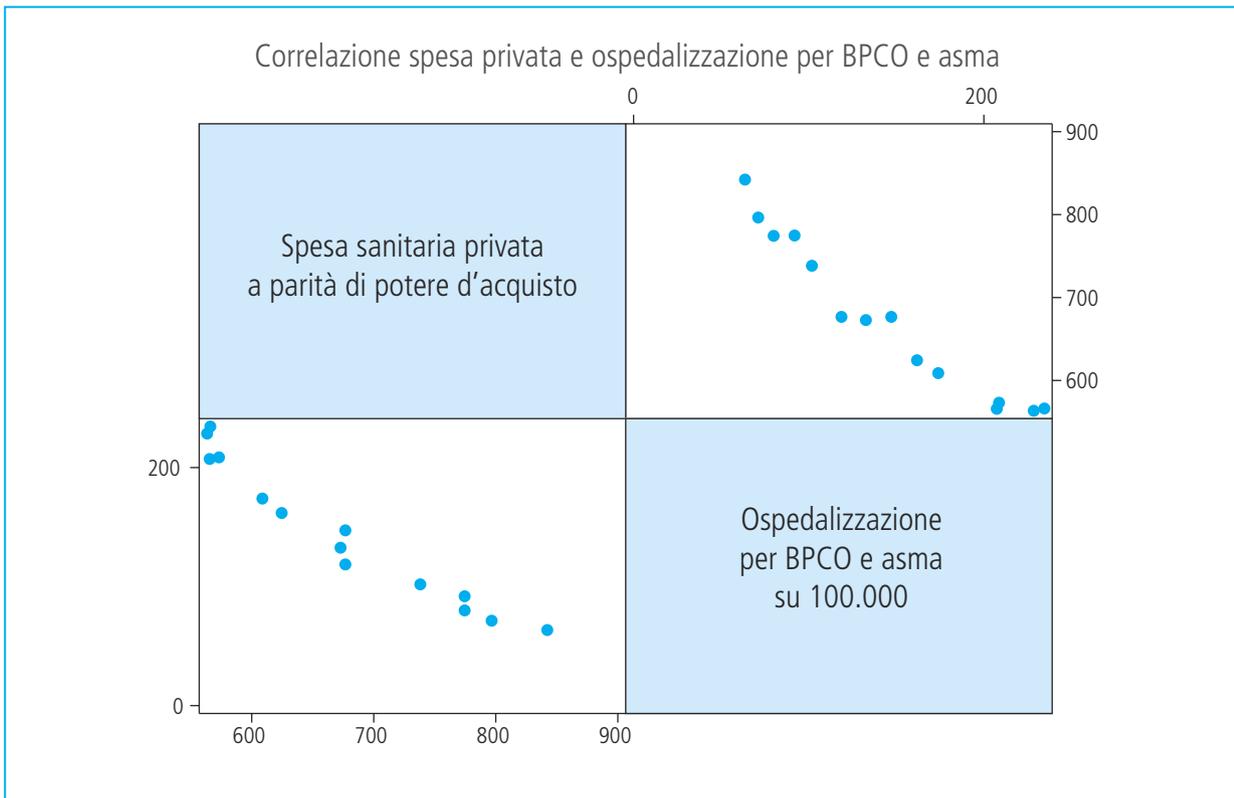
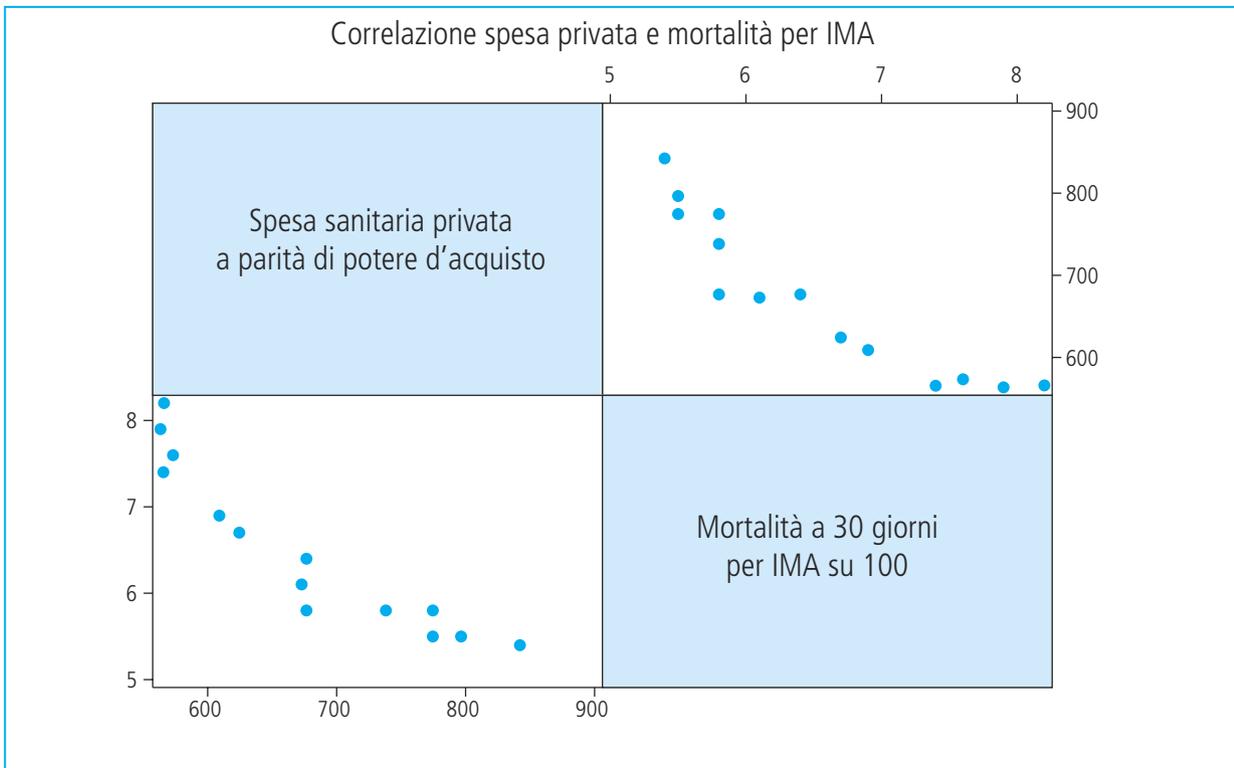


FIGURA 21 - CORRELAZIONE TRA SPESA SANITARIA PRIVATA A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO E MORTALITÀ A 30 GIORNI PER INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO IN ITALIA DAL 2002 AL 2015



ne condizioni croniche ad alto impatto epidemiologico. L'analisi ha messo in evidenza una correlazione inversa statisticamente significativa ($p < 0.05$) tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite a parità di potere d'acquisto e il tasso di ospedalizzazione per Bpco e asma ($\rho = -0.9728$), per diabete ($\rho = -0.9757$) e per ipertensione arteriosa ($\rho = -0.9866$). Pertanto, l'incremento della spesa sanitaria privata degli ultimi anni, corretto per il valore dell'inflazione, si associa ad una riduzione delle inefficienze territoriali che portano ad ospedalizzazioni potenzialmente inappropriate. La figura 20 riporta la matrice dello *scatter plot* riferito all'analisi di correlazione dell'ospedalizzazione per Bpco e asma.

Per quel che riguarda invece la correlazione tra gli indicatori di spesa sanitaria privata e indicatori di *performance* dell'attività ospedaliera, è stata eseguita un'analisi di correlazione di *Pearson* tra la spesa sanitaria privata pro-capite a parità di potere d'acquisto e la mortalità a 30 giorni per alcune condizioni acute ad alto impatto clinico ed epidemiologico. L'analisi ha mostrato la presenza di una correlazione inversa statisticamente significativa ($p < 0.05$) tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite a parità di potere d'acquisto e la mortalità a 30 giorni per infarto acuto del miocardio ($\rho = -0.9257$) e per ictus emorragico ($\rho = -0.7506$). Pertanto, l'incremento della spesa sanitaria privata, corretto per il valore dell'inflazione, si associa ad un incremento della *performance* ospedaliera, maggiormente evidente nel trattamento dell'infarto acuto del miocardio, che porta ad una riduzione della mortalità a breve termine per patologie acute che, verosimilmente, sono state trattate tempestivamente. La figura 21 riporta la matrice dello *scatter plot* riferito all'analisi di correlazione della mortalità a 30 giorni per infarto acuto del miocardio.

Note metodologiche

E' stata realizzata un'analisi storica e comparativa dell'Italia e degli altri 7 Paesi attraverso il calcolo dei trend delle principali voci di spesa sanitaria (spesa sanitaria pubblica in percentuale di spesa sanitaria totale, spesa pubblica pro-capite a parità di potere d'acquisto (Ppp), spesa privata in percentuale di Pil, spesa privata pro-capite a Ppp) dal 2002 al 2016. Inoltre, con le medesime modalità è stata eseguita un'analisi, storica e comparativa dei trend dei principali indicatori di *performance* delle attività di prevenzione (aderenza a screening per carcinoma cervice uterina), territoriali (tasso di ospedalizzazione per Bpco, tasso di ospedalizzazione per diabete, tasso di ospedalizzazione per ipertensione arteriosa) e ospedaliera (mortalità a 30 giorni per infarto acuto del miocardio, mortalità a 30 giorni per ictus emorragico) sempre negli stessi anni (2002-2016). Infine, per l'Italia, è stata effettuata un'analisi di correlazione tra alcuni indicatori di spesa sanitaria e i principali indicatori di *performance* delle attività di prevenzione, territoriali e ospedaliera negli anni 2002-2015.

Le analisi di trend e di correlazione sono state condotte analizzando i dati Ocse sulla spesa sanitaria pubblica in percentuale di Pil, in 8 Paesi (Italia, Canada, Francia, Germania, Spagna, Svezia, Stati Uniti e Regno Unito), dal 2002 al 2016. I trend sono stati calcolati per tutti i Paesi Ocse considerati nel Report per ciascun indicatore di spesa sanitaria e di *performance*. Infine, solo per l'Italia, sono state effettuate delle analisi di correlazione tra le diverse voci di spesa sanitaria e gli indicatori di *performance* delle attività di prevenzione, territoriali e ospedaliera considerate. ●

Capitolo 4

Scenari di evoluzione della spesa sanitaria privata in Italia

Trend e ripartizione della spesa sanitaria privata in Italia

Il Servizio sanitario nazionale italiano potrebbe ritrovarsi, tra pochi anni, in una tempesta perfetta a causa del condensarsi di diverse criticità. Infatti, è sicuramente già manifesta, anche se potrebbe rendersi maggiormente incidente, una criticità di natura finanziaria che comporta un inadeguato finanziamento alla spesa sanitaria. La seconda criticità è legata alla transizione demografica ed epidemiologica che l'Italia, più di altri Paesi, sta affrontando con un conseguente futuro incremento repentino di molti bisogni di salute. In questo scenario, si incastra, inoltre, un sempre crescente costo per le nuove tecnologie sanitarie. L'intersezione di tali eventi è responsabile della crescente insostenibilità delle spese sanitarie per l'attore pubblico con, conseguente, aumentato carico di spesa per il privato cittadino.

Tra il 2012 e il 2016 la spesa sanitaria complessiva è aumentata in media dello 0,9% all'anno. Dopo una diminuzione dello 0,6% nel 2013 si sono registrati incrementi dell'1,7% nel 2014 e dell'1,3% nel 2015. La spesa sanitaria corrente nel 2016 è pari a 149.500 milioni €, in aumento dell'1,0% rispetto all'anno 2015, e rappresenta circa l'8,9% del Pil italiano.

La spesa sanitaria privata in Italia nel 2016 era pari a 37.318 milioni €, ovvero il 2,2% del Pil nazionale.

La spesa sanitaria sostenuta dai regimi di finanziamento volontari, complessivamente, nel periodo 2012-2016 è aumentata in media dell'1,8% ma nel 2016 è diminuita dello 0,4%. Lo scorso anno la sua incidenza sul totale della spesa sanitaria è stata del 2,3% e quella sul Pil dello 0,2%. Il 90,9% della spesa sanitaria privata in Italia è sostenuta direttamente dalle famiglie. Infatti, tale voce di spesa anche detta *out-of-pocket*, ha registrato nel periodo 2012-2016 una crescita media annua del 2,0%, con una diminuzione dello 0,2% nel 2013 e aumenti del 3,5% e del 4,5% nel 2014 e nel 2015. Nel 2016 è aumentata dello 0,4% risultando pari al 2,0% del Pil e al 22,7% del totale della spesa sanitaria.

FIGURA 1 - RIPARTIZIONE SPESA SANITARIA IN ITALIA

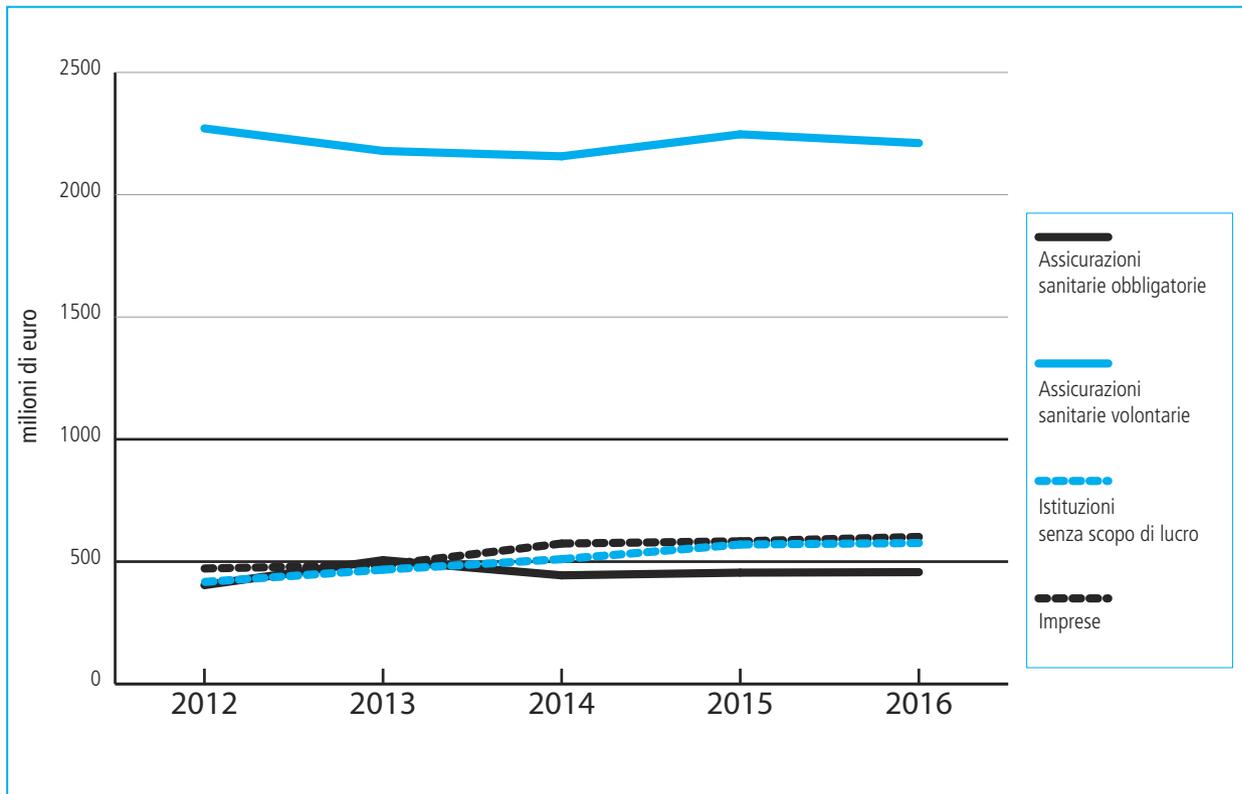
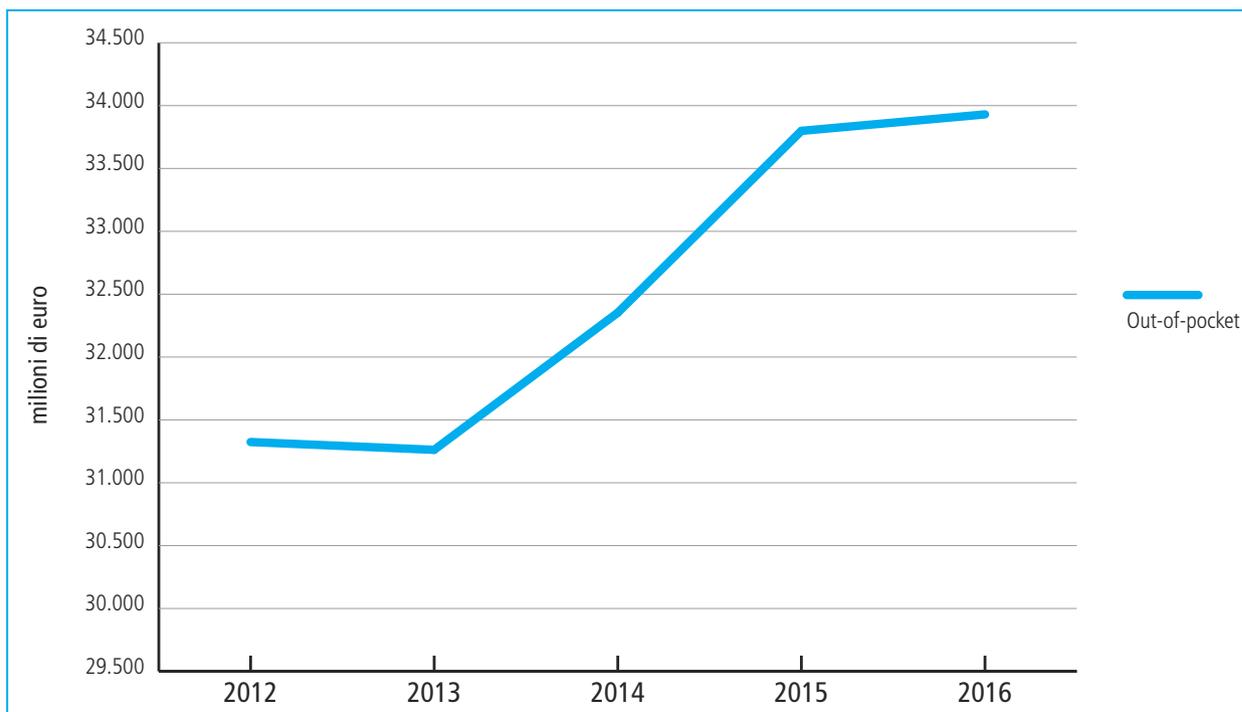


FIGURA 2 - SPESA OUT-OF-POCKET IN ITALIA



Secondo il rapporto Rbm – Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, nel 2015 circa 36 milioni di italiani hanno dovuto affrontare spese sanitarie di tasca propria (*out-of-pocket*). Secondo l'Istat, nel suo complesso la spesa sanitaria privata in Italia, nel 2016, è stata di 35,2 miliardi €.

Analizzando emerge che la spesa sanitaria privata in Italia non è ad appannaggio esclusivo di persone benestanti. Infatti, pressoché tutti i gruppi sociali hanno fatto ricorso a spese sanitarie *out-of-pocket* negli ultimi anni, non necessariamente per ricercare prestazioni sanitarie migliori ma, spesso, semplicemente per poter accedere a prestazioni che la Costituzione garantisce di diritto a tutti i cittadini italiani. Circa 2/3 delle persone a basso reddito hanno dovuto affrontare di tasca propria questo tipo di spese sanitarie.

La quota preponderante di coloro che hanno dovuto affrontare spese *out-of-pocket* è composta da persone con patologie croniche (40%) per le quali sarebbe stato, probabilmente, più economico il ricorso ad una assicurazione sanitaria volontaria.

L'analisi dell'articolazione della spesa sanitaria privata, secondo il rapporto Rbm – Censis, evidenzia che il capitolo maggiore è dedicato alla spesa farmaceutica (che in virtù dei sempre maggiori costi per le nuove tecnologie sanitarie, verosimilmente crescerà sempre di più), seguita dalla spesa per visite (principalmente odontoiatriche). Complessivamente, la quota maggioritaria di spesa sanitaria privata è di pertinenza extra-ospedaliera dove, come evidenziato nei capitoli precedenti, vi è una probabile carenza di investimenti strutturati. Infatti, Rbm – Censis evidenziano che circa la metà di coloro che ricorre alla spesa *out-of-pocket* lo fa per difficoltà ad accedere alla sanità pubblica a causa di liste d'attesa eccessivamente lunghe o per la carenza di presidi sanitari pubblici nel territorio di pertinenza.

Secondo stime Ocps Sda Bocconi, la quota preponderante della spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie italiane è rivolta all'acquisto di tecnologie sanitarie (46%), quali farmaci e dispositivi medici, mentre un'ulteriore fetta importante è destinata a visite, prestazioni laboratoristiche o di diagnostica (41%), mentre solo una minima quota è destinata ad assistenza ospedaliera (13%).

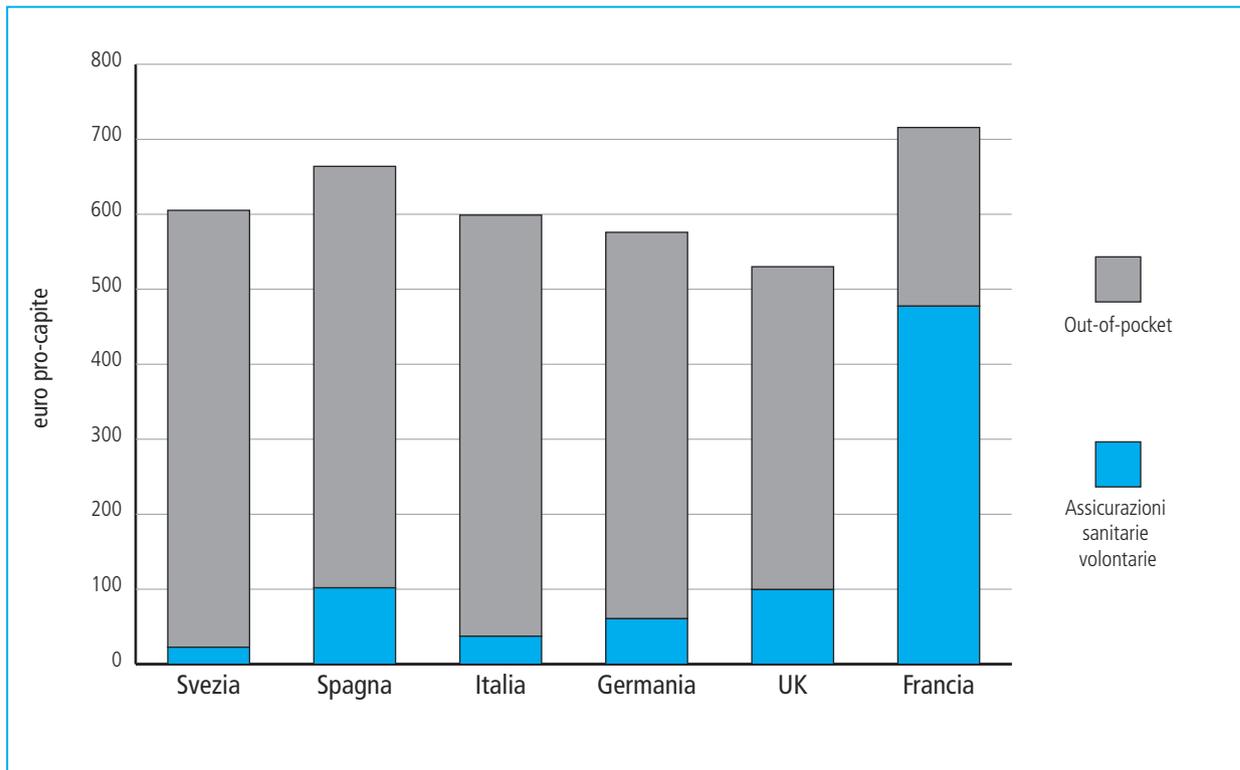
La spesa *out-of-pocket* delle famiglie italiane avviene nel 90% dei casi in strutture private e nel 10% dei casi in strutture pubbliche, in cui i cittadini versano ogni anno 3,9 miliardi € per la quota di compartecipazione alla spesa (ticket) o per prestazioni in intramoenia.

Confronto sulla struttura della spesa sanitaria nei Paesi Ue

I dati utilizzati nel confronto internazionale sono relativi all'anno 2014 e sono stati trasmessi dai Paesi dell'Unione europea e diffusi da Eurostat con il questionario *Joint Health Accounts Questionnaire*, edizione 2016.

Il finanziamento pubblico, che raggruppa la spesa sostenuta dalla pubblica amministrazione e i regimi di assicurazione sanitaria obbligatori, rappresenta la più alta quota di finanziamento della spesa sanitaria, per tutti i Paesi Ue ad eccezione di Cipro. Nonostante ciò, il peso delle due com-

FIGURA 3 - SPESA SANITARIA PRIVATA PRO-CAPITE A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO NEL 2015



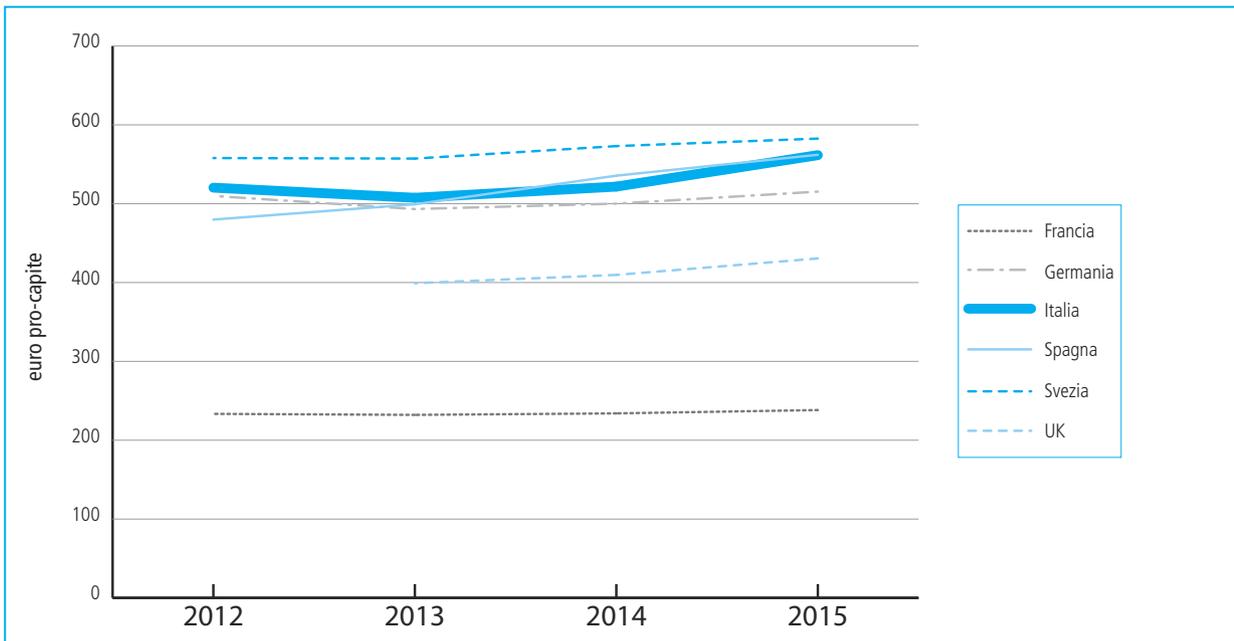
ponenti varia considerevolmente tra Paesi. Infatti, in Danimarca (84,2%), Svezia (83,4%), Regno Unito (79,5%) e Italia (75,3%) la spesa finanziata dalla pubblica amministrazione registra valori superiori al 75%; viceversa, in Paesi come Germania (78%), Slovacchia (76,2%) e Paesi Bassi (75,9%) i regimi di finanziamento obbligatori garantiscono la maggior parte della spesa sanitaria pubblica.

L'incidenza della spesa diretta delle famiglie, ovvero la spesa *out-of-pocket*, fa registrare valori superiori, rispetto ad altri Paesi Ue nel 2014, per l'Italia. Infatti, il "Bel Paese", con un valore pari al 22,1%, si colloca al di sotto della Spagna (24,7%), ma molto al di sopra di Francia (7%), Germania (13%) e Regno Unito (14,8%).

Analizzando la spesa sanitaria a parità di potere d'acquisto nel 2015 nei 6 Paesi dell'Unione europea oggetto di confronto, si evince che l'incidenza della spesa diretta delle famiglie, ovvero la spesa *out-of-pocket*, varia enormemente tra i diversi Paesi. La Francia è il Paese in cui, a parità di potere d'acquisto, si spende di meno per la spesa *out-of-pocket* (238,25 € pro-capite); di contro è il Paese in cui la spesa per assicurazioni sanitarie volontarie è la più alta (477,49 € pro-capite).

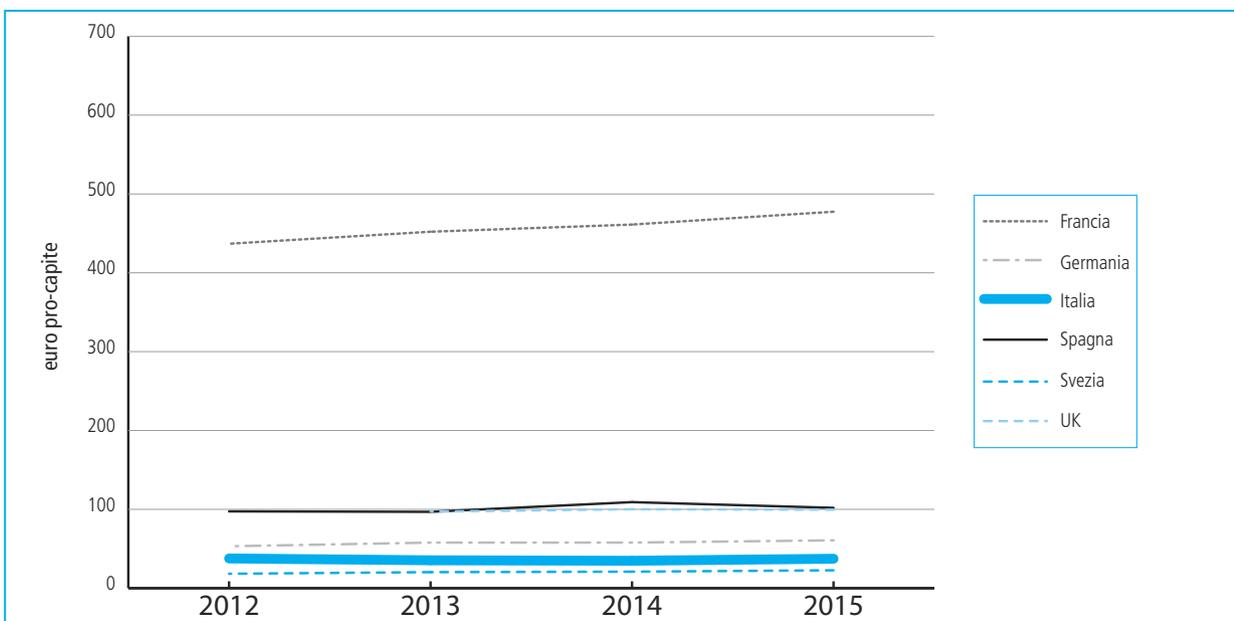
L'Italia è il Paese con la più bassa spesa per assicurazioni sanitarie obbligatorie (37,33 € pro-capite), dopo la Svezia (22,69 € pro-capite). Di contro, in Italia la spesa diretta delle famiglie è fra le più alte tra i Paesi analizzati (561,55 € pro-capite). Nel nostro Paese inoltre, si spende tanto nel privato, ma solo una piccola parte di questa spesa è indirizzata al finanziamento di piani assicurativi che, nella gran parte dei casi, consentono di affrontare alla maggioranza dei cittadini le spese sanitarie private più consistenti, come quelle conseguenti a ricoveri o procedure chirurgiche.

FIGURA 4 - SPESA SANITARIA OUT-OF-POCKET IN PPP



La spesa sanitaria *out-of-pocket* si è mantenuta costante in quasi tutti i Paesi dell’Unione europea oggetto d’indagine nel periodo 2012-2015. Gli unici 2 Paesi in cui tale spesa, a parità di potere d’acquisto e nel periodo 2012-2015, è cresciuta costantemente sono Spagna e Italia (dove è passata da 520,3 € pro-capite del 2012 a 561,55 € pro-capite del 2015). Questi Paesi sono quelli, tra i 6 oggetto di studio, che hanno risentito maggiormente degli effetti della crisi del debito sovrano e che, conseguentemente, hanno dovuto mettere in atto delle importanti misure di *austerità* anche in ambito sanitario.

FIGURA 5 - SPESA SANITARIA PER ASSICURAZIONI VOLONTARIE IN PPP



D'altro canto, nello stesso periodo di riferimento non si è evidenziata in Italia, così come in Spagna, un'equivalente crescita della spesa per assicurazioni sanitarie volontarie. Infatti in Italia, la spesa per assicurazioni sanitarie volontarie, a parità di potere d'acquisto, è passata da 37,72 € pro-capite nel 2012 a 37,33 € pro-capite nel 2015.

Negli anni successivi alla crisi del debito sovrano e, quindi, all'adozione delle misure di *austerità*, la spesa sanitaria privata degli italiani è cresciuta costantemente. Tale incremento come già detto precedentemente, è da ascrivere interamente alla spesa rivolta, principalmente, a prestazioni ambulatoriali e farmaci, che rappresentano le principali voci della spesa *out-of-pocket*. Di contro, la spesa per prestazioni sanitarie più complesse, come procedure chirurgiche o ricoveri in lungodegenza, legate a bisogni di salute maggiori, in costante incremento a causa della transizione demografico-epidemiologica, è verosimilmente rimasta invariata.

Trend futuri della spesa sanitaria privata italiana

Come già analizzato in precedenza, la spesa sanitaria privata si distingue tra spesa sanitaria *out-of-pocket*, cioè interamente o parzialmente a carico delle famiglie (per esempio, ticket, o quota rimborsata dalle assicurazioni) e spesa sanitaria intermediata da assicurazioni o fondi sanitari. Dati Istat stimano che solo il 2% della spesa sanitaria totale è intermediata in Italia, dato che però sembra destinato ad aumentare in considerazione del sempre maggiore ruolo ricoperto dai fondi sanitari integrativi.

Ad un dettaglio regionale si notano differenze rilevanti nella spesa sanitaria privata pro capite, sia per la componente *out-of-pocket* sia per la componente intermediata. Tali differenze, che definiscono un'evidente *ranking* tra le regioni, sembrano sottendere un'associazione positiva tra la spesa sanitaria delle famiglie sia con il reddito, indipendentemente dall'età della popolazione residente, sia con la qualità dell'offerta pubblica.

Diverse analisi hanno evidenziato valori più alti della componente *out-of-pocket* della spesa sanitaria privata italiana nelle regioni con Pil più elevato. Nonostante tale dato suggerisca la presenza di una correlazione diretta tra la capacità di spesa privata delle famiglie e la ricchezza, potrebbe tuttavia essere ricondotto ad una maggiore difficoltà nell'accesso alle cure per molti cittadini residenti nelle regioni caratterizzate da un reddito più basso. A supporto di ciò, possiamo osservare come la maggior componente della spesa *out-of-pocket* sostenuta dalle famiglie, nelle regioni con Pil più basso, è rappresentata dalla compartecipazione alla spesa per medicinali e prestazioni ambulatoriali per condizioni croniche attraverso il ticket e non tanto dalle prestazioni interamente in capo al cittadino, come le prestazioni eseguite in intramoenia. Invece, in un contesto in cui non siano presenti condizioni di disparità di accesso alle cure, si sarebbe dovuto osservare una maggiore componente della compartecipazione alla spesa relativamente alle prestazioni completamente a carico del cittadino, in quelle regioni (spesso con Pil inferiore alla media nazionale) che, per motivi di limitazione nel potere di spesa sanitaria (a causa dei Piani di Rientro), dovrebbero fare maggior ricorso a questo tipo di prestazioni.

Inoltre, è stato evidenziato che esiste una correlazione lineare tra l'ammontare della spesa sanitaria privata e la presenza di strutture sanitarie ambulatoriali e di ricovero per acuti convenzionate con assicurazioni, casse mutue e fondi sanitari, ovvero con i gestori della spesa intermediata. Pertanto, si può ipotizzare che, in tali aree, vi sia un difficoltoso accesso alle cure anche per i cittadini "benestanti" poiché sono presenti poche strutture convenzionate con fondi sanitari integrativi, casse mutue e assicurazioni. Nel prossimo futuro, l'attenzione dei decisori politici locali non può non ricadere sull'analisi e sull'organizzazione delle strutture che erogano prestazioni sanitarie in convenzione con tali enti.

Il sistema dei consumi privati in sanità e le loro connessioni con quelli pubblici sono stati fino a pochi anni fa poco esplorati, e quindi poco studiati e raramente portati all'attenzione dei decisori politici, probabilmente perché considerati una componente marginale e, forse, che poco dovrebbe interessare un sistema sanitario, che per sua stessa natura, è quasi totalmente collocato in un ambito di responsabilità collettiva. Tuttavia, la combinazione di diversi fattori come la transizione demografico-epidemiologica, la dirompente innovazione tecnologico-organizzativa in ambito sanitario e la maggiore attenzione alle risorse pubbliche, impone, oggi, la necessità di tenere sempre più in considerazione l'analisi della gestione delle fonti private di finanziamento in ambito sanitario.

Note metodologiche

La spesa sanitaria corrente è rappresentata dall'Istat in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari (*International Classification for Health Accounts-Icha*), secondo la dimensione per regime di finanziamento (Icha-Hf). La compilazione del sistema dei conti della sanità si basa sull'integrazione di dati amministrativi e campionari.

La spesa sanitaria pubblica si riferisce alla spesa sostenuta dagli enti delle Amministrazioni pubbliche (Ap) per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente. Tale spesa è catalogata secondo la classificazione Icha come spesa sostenuta dalla pubblica amministrazione e dalle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria. La spesa finanziata dall'Inail è contabilizzata nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria.

La spesa sanitaria privata comprende la spesa sostenuta dai regimi di finanziamento volontari, i quali includono le seguenti componenti:

- le assicurazioni sanitarie volontarie, per le quali si considera, al momento, la sola parte relativa alle assicurazioni nel ramo malattia;
- la spesa finanziata da Istituzioni senza scopo di lucro;
- la spesa finanziata da imprese, che si riferisce alla spesa che le imprese sostengono per la promozione della salute nei luoghi di lavoro;
- la spesa diretta delle famiglie (Spesa sanitaria *out-of-pocket*).

Capitolo 5

Ruolo futuro dei fondi integrativi e sostitutivi e delle assicurazioni

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”

art. 32 della Costituzione (1)

Su tale articolo si fonda la sanità italiana, che per perseguire tale finalità, a partire dall’istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn) con la legge n. 833 del 1978 (2) ha sviluppato un modello sanitario finanziato attraverso la fiscalità generale ed ispirato ai principi di universalità e equità, tipici del modello *Beveridge*. Negli anni il Ssn ha subito delle modifiche: la prima con il decreto legislativo n. 502/1992, il quale introduceva un sistema sanitario pubblico di tipo aziendalistico, un sistema di accreditamento per le strutture private per erogare servizi all’interno del servizio nazionale, l’introduzione di un meccanismo di finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate su base tariffaria, l’istituzione del dipartimento di prevenzione nelle Aziende sanitarie locali e l’adozione sistematica della verifica della qualità e quantità delle prestazioni erogate. Tale decreto introduceva, inoltre, il concetto dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) correlandolo con l’entità delle risorse messe a disposizione del Fondo sanitario nazionale. Successivamente, nel 1999, il decreto legislativo n. 229 ha riconfermato l’attuazione del processo di aziendalizzazione, l’emanazione del Piano sanitario nazionale e regionale e la definizione dei Lea. Mentre nel 2001, la riforma del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001) ha affidato la tutela della salute della popolazione alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Negli ultimi anni sono stati intrapresi numerosi provvedimenti, come il Patto per la Salute 2014-2016, in cui Governo e Regioni hanno condiviso una serie di azioni per ottimizzare il sistema di *governance* sanitaria tra cui: il riordino della rete ospedaliera (3), la riorganizzazione dell’assistenza territoriale e l’integrazione sociosanitaria, l’attuazione del numero unico europeo di emergenza 112, la definizione di un piano nazionale della cronicità, l’individuazione di un nuovo sistema di garanzia dei Lea, la definizione de-

gli obiettivi del comitato per la verifica dei Lea, gli interventi per l'edilizia sanitaria, gli investimenti e l'ammmodernamento tecnologico, la sanità digitale, il piano di evoluzione dei flussi informativi del sistema informativo sanitario (Nsis – Ministero della salute) e il Piano nazionale prevenzione 2014-2018 che ha rafforzato le strategie di prevenzione secondo un approccio di medicina di comunità ed ha posto particolare attenzione alla salute per l'intero arco della vita (*long life course approach*). Come previsto dal Patto per la Salute 2014-2016, il DPCM del 12 gennaio 2017 (4) prevede l'aggiornamento dei nuovi Lea, con il quale sono stati ridefiniti gli elenchi delle prestazioni che utilizzano le nuove tecnologie e quelli delle malattie rare, delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione. Inoltre, sono stati aggiornati i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica e sono state inserite alcune prestazioni come la fecondazione assistita eterologa ed omologa, alcuni vaccini (ad esempio anti Pneumococco, Meningococco B, Varicella e *Human Papilloma Virus* agli adolescenti maschi) e gli screening neonatali.

Le risorse per il Ssn, al cui finanziamento concorre lo Stato, sono annualmente definite da una legge statale. Il livello di finanziamento statale a partire dal 2011 ad oggi ha registrato degli incrementi (tranne nel 2013 e nel 2015 quando si è ridotto rispetto all'anno precedente), ma al contempo sono stati introdotti importanti interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria, sia attraverso leggi nazionali che regionali, al fine di rendere più efficace e più efficiente l'intero sistema mediante l'eliminazione di sprechi e il potenziamento di alcuni settori strategici come l'innovazione, la ricerca e la formazione. Come è stato ampiamente affrontato nei capitoli precedenti, la percentuale di spesa sanitaria in percentuale di Pil per l'Italia è piuttosto bassa e solo per il 75% a carico del Ssn mentre il restante 25% è a carico del settore privato (5). In particolare, circa il 90% della spesa privata è sostenuta direttamente dalle famiglie (spesa sanitaria *out-of-pocket*), mentre solo una piccola parte è intermediata, ossia gestita attraverso assicurazioni o sanità integrativa.

Per una migliore comprensione dell'argomento è utile la definizione di un glossario unico a cui fare riferimento nel corso della trattazione, pertanto di seguito si definiscono i diversi tipi di copertura assicurativa privata (6):

- **sostitutiva** (simile alla duplicativa, nella definizione Ocse 2004), per tutti i servizi e le prestazioni previste anche dalla copertura pubblica;
- **complementare** (simile alla supplementare secondo l'Ocse 2004), relativa ai servizi e alle prestazioni non previste dalla copertura pubblica e quindi non inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza. Questa porzione di servizi e prestazioni è anche definita, in seguito, *extraLea*;
- **aggiuntiva**, (simile alla complementare secondo l'Ocse 2004) relativa alle quote residuali di costi, come i ticket, o di spesa, ad esempio tutte le prestazioni di contorno rispetto a quelle pubbliche, come il soggiorno in una camera a pagamento, che resterebbero a carico del cittadino. In verità, la diffusa applicazione di tetti, franchigie e altre forme di compartecipazioni mantiene di regola, comunque, una quota di spesa a carico dell'assistito.

Dal punto di vista della natura degli enti erogatori, invece, si possono distinguere tre tipologie di

organizzazioni che ovviamente presentano differenti finalità, modalità di accesso e di finanziamento delle prestazioni (6):

- **settore delle imprese di assicurazione**, è costituito da soggetti commerciali e *for profit* che operano principalmente tramite la vendita di prodotti riconducibili a polizze malattia, individuali o collettive e a polizze per la *long term care*. Tali imprese recentemente hanno iniziato ad operare tramite convenzioni con i fondi sanitari, secondo modalità diverse da quelle praticate dal settore mutualistico in senso lato, fondi o casse, tuttavia la copertura dominante nel mercato assicurativo privato è di natura sostitutiva.
- **settore non profit o non commerciale**, costituisce un settore molto variegato che comprende fattispecie con origini, caratteristiche e denominazioni molto diverse, quali società di mutuo soccorso, fondi sanitari e casse mutue. Tutte queste organizzazioni sono accomunate da due caratteristiche: hanno il ruolo di "terzo pagante" e si qualificano all'interno del settore *non profit*, distinguendosi così dal settore commerciale delle imprese di assicurazione. Questa fonte di finanziamento del sistema sanitario è comunemente denominata "secondo pilastro", "welfare privato" o "settore mutualistico", anche se il termine privilegiato è quello di "assistenza sanitaria integrativa" in quanto è garantita dagli enti dalla sanità integrativa, di cui la fattispecie prevalente è quella dei "fondi sanitari integrativi". Questi fondi sono a loro volta distinti in: "fondi doc", soggetti al divieto di selezionare le persone da assicurare in base al rischio e deputati a potenziare le prestazioni non coperte dal Ssn (medicina non convenzionale, cure termali, assistenza odontoiatrica, ticket sulle prestazioni pubbliche e quelle sociosanitarie); "fondi non doc" riguardanti "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali". Questi fondi presentano una maggiore libertà d'azione in termini di prestazioni e servizi coperti e sono regolati da propri statuti e regolamenti (7).
- **welfare aziendale**, che include diverse forme di previdenza che i datori di lavoro possono offrire ai propri dipendenti ed ai loro familiari. In particolare parliamo di una vasta gamma di beni e servizi che possono comprendere anche l'assistenza sanitaria. La regolamentazione di tali benefici viene definita dal contratto di lavoro tra dipendente e datore di lavoro e può essere di vario tipo: *welfare* integrato, aziendale, contrattuale e simili. A prescindere dal tipo di *welfare*, l'obiettivo comune è quello di affiancarsi al *welfare* pubblico ed essere sussidiario a questo. È interessante notare che questa forma di supporto può esprimersi sia attraverso una copertura puramente assicurativa dei beni e servizi, sia attraverso un fondo (Fondo integrativo aziendale) o cassa. Il *welfare* aziendale non è, quindi, una fattispecie di terzo pagante, ma un contenitore e una fonte da cui originano e in cui si convogliano le diverse modalità che i datori di lavoro adottano per offrire ai dipendenti e alle proprie famiglie previdenze sanitarie. La Legge di Bilancio 2017, al fine di promuoverne lo sviluppo, ha previsto maggiori benefici fiscali per queste forme di *welfare*. (8)

Nel panorama nazionale, la sanità integrativa è stata ampiamente riconosciuta in ambito di legislazione sanitaria che con il decreto legislativo n. 502/92 (9) e dall'articolo 9 del decreto legislativo n. 299/99 (10) il quale ha previsto l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un'anagrafe. Successivamente con il D.M. del 31 marzo 2008 (11) e il D.M. del 29 ottobre 2009 è avvenuta, presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, l'istituzio-

ne dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari. Tali decreti definiscono le procedure e le modalità di funzionamento della stessa, compreso il rilascio annuale, ai Fondi sanitari aventi diritto, di un attestato di iscrizione. I citati decreti riconoscono l'iscrizione all'anagrafe di due tipologie di fondi sanitari:

- **tipologia A.** fondi sanitari integrativi del Ssn anche detti "Fondi Puri", in quanto erogano esclusivamente prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del Decreto Legislativo n. 502/1992 (12) e successive modifiche e integrazioni;
- **tipologia B.** Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51 co. 2 lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica n. 917/1986 (13) e successive modifiche. Tale tipologia prevede l'erogazione sia delle prestazioni Lea che quelle extraLea previste dalla loro regolamentazione.

L'iscrizione all'anagrafe ministeriale di tali fondi avviene solo previa dimostrazione per i fondi di tipologia A di erogazione solo di prestazioni extraLea mentre, per quelli di tipologia B, di verificare che almeno il 20% dell'ammontare delle risorse impegnate nell'anno sia destinato a specifici ambiti di assistenza integrativa rispetto al Ssn quali: le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire alle persone non autosufficienti, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale; le prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio e le prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie. L'attestato di iscrizione all'anagrafe, che ha validità annuale, consente di beneficiare del trattamento fiscale agevolato e quindi della deducibilità fiscale dei contributi versati entro un tetto annuo per gli iscritti al fondo (13). A partire dal 2016, con la Legge di Stabilità (il lavoratore dipendente privato può scegliere di percepire una parte del proprio "premio di produzione" come prestazioni del *welfare* aziendale, ossia benefit principalmente nel campo dell'educazione, dell'istruzione e dell'assistenza sociosanitaria) e successivamente nel 2017 con la Legge di Bilancio (fruizione di servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti o a rischio di gravi patologie, nonché contributi e premi per prestazioni anche in forma assicurativa, compresi quindi i Fondi sanitari integrativi) è evidente come la normativa italiana stia cercando di favorire l'integrazione dei fondi Ssn con i fondi sanitari, riconoscendo così il sostanziale contributo che tali fondi possono apportare alla sanità pubblica. Nel contempo la presenza di un'anagrafe degli organismi che operano nella sanità integrativa permette di valutare tutti i possibili elementi di connessione con il pubblico sia in termini di spesa che di tipologia di attività erogate. Nel 2016, ad esempio, risultavano iscritti all'anagrafe del Ministero della Salute 305 fondi sanitari di cui 8 di tipologia A e 297 di tipologia B; dall'analisi dei dati risulta che entrambi hanno erogato prestazioni extraLea prevalentemente odontoiatriche, finalizzate al recupero della salute e, in percentuale molto ridotta, quelle per la non autosufficienza (14). Nonostante l'anagrafe sia un'importante fonte di informazioni per la valutazione dell'andamento e dell'utilizzazione di tali fonti finanziarie, il settore risulta estremamente eterogeneo e quindi non sempre di facile comprensione.

Estremamente eterogenee sono anche le organizzazioni che operano nel settore, le quali possono essere soggetti pubblici o privati con contratti ed accordi collettivi, anche aziendali, con accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni

di rilievo almeno provinciale, regolamenti di Regioni, Enti territoriali ed Enti locali, etc., che adottano politiche di non selezione dei rischi.

Diversa è la situazione per gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso che invece, sono organismi con piena libertà di azione, sancita dai propri statuti e regolamenti e che stabiliscono anche le proprie modalità d'iscrizione che possono avvenire in forma collettiva o individuale. Le organizzazioni appartenenti a questa seconda fattispecie devono avere un fine esclusivamente assistenziale e devono operare in favore dei lavoratori dipendenti iscritti secondo le disposizioni di contratto, di accordo o di regolamento aziendale. In particolare, le società di mutuo soccorso, il cui riferimento legislativo fondamentale è la Legge n. 3818 del 1886 (15), sono società composte da persone che volontariamente decidono di versare somme di denaro per scopi non lucrativi al fine di costituire un fondo destinato a fornire sussidi e crediti ai soci stessi (ripartizione dell'onere) qualora si dovessero trovare in difficoltà: malattie, infortuni, decesso dei coniugi, etc., secondo il principio della solidarietà. Il Ministero dello Sviluppo Economico e le Associazioni nazionali di rappresentanza svolgono attività di vigilanza su queste società con lo scopo di accertare la conformità dell'oggetto sociale a quanto disposto dalla Legge n. 3818/1886 (15) ed il rispetto della stessa da parte delle società di mutuo soccorso. Inoltre, dal 2013 tali società hanno l'obbligo di depositare il proprio bilancio presso il Registro delle Imprese.

Evoluzione recente è quella dello sviluppo di "fondi integrativi territoriali" che a differenza di quelli tradizionali, rivolti a categorie specifiche di lavoratori, sono invece aperti a tutti i residenti di un determinato territorio. Esempio ancora unico nel suo genere è il fondo territoriale della provincia autonoma di Trento (*Sanifounds*) nato nel 2013 sia dalla volontà di replicare in termini di sanità integrativa, l'esperienza di previdenza complementare territoriale già esistente, sia dalla necessità di adattare le offerte dei fondi alle esigenze di salute della popolazione locale. Infatti, i fondi integrativi di categoria nazionali spesso non incontrano le esigenze specifiche di una popolazione locale poiché devono rispondere alle esigenze di una popolazione nazionale molto più ampia ed eterogenea.

Tale tipologia di fondo presenta sicuramente alcuni vantaggi quali: dover soddisfare i bisogni di salute di una popolazione locale e quindi tarare le prestazioni sulla base dell'offerta dei servizi sanitari pubblici presenti a livello locale; lavorare su una scala informativa inferiore a quella nazionale e quindi una maggiore utilizzazione del fondo da parte degli utenti; rapporto diretto sia di tipo informativo che consulenziale con gli iscritti; *accountability* maggiore per l'ambiente ristretto in cui il tutto si verifica. A fronte di tutti questi vantaggi, bisogna comunque tener presente un importante punto di debolezza di un fondo territoriale: esso, per definizione, ha la sua massima estensione nei lavoratori presenti sul territorio, ma i fondi rispondono ad una logica assicurativa e quindi maggiore è il numero degli iscritti e più i rischi si distribuiscono in maniera efficiente nella popolazione afferente. Per tale motivo, un fondo territoriale avrà sempre una capacità di distribuire il rischio inferiore ad un fondo nazionale o ad un grande *provider* assicurativo. Quindi, per evitare problemi economici, questo tipo di fondi deve selezionare con molta accuratezza le prestazioni da erogare, rinunciando a finanziare alcune aree e prestazioni sanitarie. Un'opzione per riuscire ad erogare altre prestazioni, come ad esempio quelle che riguardano la non autosufficienza o altre per cui il *trade-off* fra efficienza attuariale e autonomia è più pericoloso, si può decidere di ricorrere ad un modello misto, cioè allocare una parte della contribuzione per l'acquisto di prestazioni da un *provider* assicurativo esterno (16).

Questo esempio probabilmente sarà seguito a breve dalla costituzione di altri fondi territoriali. Infatti, è recente la firma di un accordo tra il Governo della Repubblica italiana e le Regioni Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, relativo all'Intesa prevista dall'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. In tale accordo, tra i tanti punti affrontati, nell'allegato Salute, all'art. 7, viene affrontato proprio il tema della sanità integrativa territoriale: *"Nel rispetto dei vincoli di bilancio e dei livelli essenziali di assistenza, è attribuita alla Regione una maggiore autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrative"* (17).

È evidente, quindi, come la normativa nazionale e regionale favorisca lo sviluppo dei fondi integrativi sanitari, sia a livello aziendale che territoriale, per sostenere finanziariamente un sistema sanitario nazionale sempre più dispendioso. Ovviamente è ancora presto per valutare i possibili impatti sul Ssn e sulla popolazione dello sviluppo di queste fonti alternative di finanziamento, ma una riflessione da tener presente in questo contesto è il possibile effetto che la maggiore regionalizzazione della sanità potrebbe avere in termini di disuguaglianze a livello nazionale. Infatti, mentre da un lato si potrebbe configurare come un'opportunità di crescita del Ssn e di sicurezza per il cittadino, dall'altro potrebbe aumentare le disparità di salute interregionali, in particolare in quelle regioni commissariate o comunque con minori risorse economiche. ●

LE SFIDE DI OGGI PER LA SANITÀ DI DOMANI - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: DESTINAZIONE FUTURO



Sezione di proposta e strategie

Capitolo 6

Definizione di strategie e condivisione di linee operative tese alla valorizzazione dei punti di forza e al cambiamento dei punti di debolezza individuati

LItalia si caratterizza per la presenza di uno dei pochi sistemi universalistici rimasti al mondo. La copertura è universale, hanno diritto ad accedere ai servizi sia i cittadini italiani che quelli Ue, nonché gli stranieri residenti; mentre i turisti o gli stranieri temporaneamente presenti hanno la possibilità di accedere gratuitamente ai servizi di urgenza ed emergenza, mentre per gli altri servizi la copertura è garantita nel caso vi sia copertura assicurativa (per gli stranieri temporaneamente presenti o gli immigrati senza documenti c'è la possibilità di richiedere un codice (codice Straniero temporaneamente presente – Stp) grazie al quale è possibile ricevere prestazioni sanitarie a carico del Ssn). Uno dei principali punti di forza del Ssn consiste nell'erogazione di una vasta gamma di prestazioni che vanno dagli interventi di prevenzione, a prestazioni non complesse o a quelle specialistiche, di diagnostica o terapeutica, erogate in setting sanitari o a domicilio dell'assistito, e a cui è possibile accedere gratuitamente o dietro il pagamento di una quota di compartecipazione. Le prestazioni che devono essere garantite a tutti gli iscritti Ssn sull'intero territorio nazionale vengono definite a livello centrale e prendono il nome di Livelli Essenziali di Assistenza (Lea). Nella maggior parte dei Paesi analizzati nel presente lavoro, la gamma di servizi erogati dai *provider* ed erogati dal terzo pagante (Stato o assicurazione sociale/privata) è pressoché simile. Anche per i servizi esclusi ritroviamo una certa omogeneità tra i Paesi per quanto riguarda l'assistenza odontoiatrica, mentre per tutta una serie di prestazioni ascrivibili all'assistenza oculistica, ai trattamenti riabilitativi, ai servizi domiciliari e all'erogazione di farmaci sussiste una certa eterogeneità. Eterogeneità che ritroviamo anche nella concessione di esenzioni (per reddito, patologia, invalidità) che l'Italia ad esempio eroga a differenza invece di altri Paesi, anche con sistema sanitario pubblico come il Canada. A questa ampia gamma di servizi garantiti dal Ssn, corrisponde però una quota limitata di spesa sanitaria (pari al 9,05% del Pil) specie in rapporto agli altri Paesi e, nel contempo, si registra un trend crescente della spesa privata, che negli altri Paesi – vista anche l'organizzazione diversa del Sistema – si configura come aumento della spesa in assicurazioni sanitarie volontarie. Sebbene negli ultimi anni il Ssn abbia sofferto della contrazione delle risorse a fronte dell'aumento della domanda sanitaria, e siano state

viduazione degli attori protagonisti del processo assistenziale, delle loro funzioni e del loro ruolo. La suddetta riforma rappresenta un esempio di come si sia cercato di integrare servizi sanitari e servizi socio-sanitari, governati a livello regionale e servizi sociali di pertinenza dei Comuni. Lo scopo della riforma è stato quello di favorire la programmazione condivisa tra i tre modelli di erogazione (sanitario, socio-sanitario e sociale), attuando modelli di presa in carico integrata ed implementando gli accessi ai servizi per i cittadini ed indirizzando dunque il passaggio da un percorso a prestazione ad uno a *bundled payment*. (1)

Come si può evincere da questa breve trattazione (invitiamo il lettore ad approfondire il tema delle innovazioni in Italia nella specifica parte dell'Appendice) le innovazioni presenti in Italia ricalcano in parte quelle ritrovate per gli altri Paesi. Ciò che sicuramente occorre è un miglioramento delle reti e delle collaborazioni tra le diverse organizzazioni che sarebbe certamente favorito dallo sviluppo delle nuove tecnologie.

Un ulteriore aspetto da non tralasciare nella costruzione dei sistemi sanitari del futuro consiste nella riorganizzazione e "ricollocazione" all'interno del sistema salute delle strutture ospedaliere. Nelle decadi precedenti, tali strutture hanno rappresentato un punto di integrazione attiva e di forte presenza di tecnologie e operatori specializzati. Gli ospedali più importanti sono divenuti essenziali anche nel campo della ricerca e dell'insegnamento della medicina. Oggi, gli ospedali sono chiamati sempre di più a:

- fornire un'assistenza di qualità integrata e non frammentata nelle singole specializzazioni;
- generare conoscenza ed evidenza scientifica così da diffonderla;
- soddisfare le aspettative dei pazienti nell'erogazione di servizi di qualità;
- rendere l'ambiente e le modalità di lavoro stimolanti e accoglienti anche per i professionisti che vi operano.

Le sfide a cui le strutture ospedaliere sono chiamate a rispondere ricalcano in parte quelle a cui i sistemi sanitari devono far fronte. In un contesto in cui le risorse sono limitate, i bisogni socio-sanitari e di salute aumentano, i valori sociali sono in continuo mutamento, pertanto gli ospedali dovranno trovare nuove modalità per erogare assistenza di alta qualità.

Nel futuro, i principali ospedali dovrebbero sempre più occuparsi di fornire prestazioni e servizi complessi e ad alto valore, considerando anche la possibilità di erogare soglie minime di prestazioni al fine di raggiungere standard di qualità e sicurezza adeguati.

Gli interventi sanitari di minor complessità dovrebbero essere dirottati su ospedali a minor complessità assistenziale (ad esempio ospedali di comunità o di distretto). Pertanto, le strutture ospedaliere di riferimento in un Paese risulterebbero orientati agli esiti di salute più che al numero di prestazioni erogate, aumentando l'impatto sul sistema salute e il valore proprio delle prestazioni per i pazienti e, allo stesso tempo, fornendo buone pratiche per altre organizzazioni. Al fine di rendere l'assistenza personalizzata, gli ospedali dovrebbero farsi carico anche dei servizi di preven-

saranno sempre di più legate agli *outcome* e alle *performance* raggiunte - in una sanità che sarà basata sul valore e che quindi pone il paziente al centro - anche il ruolo del paziente non sarà più passivo, ovvero mero consumatore dei servizi, ma proattivo. Il paziente e i suoi *caregiver* saranno sempre di più coinvolti nella gestione delle proprie condizioni, saranno resi edotti sulla gestione dei propri trattamenti e terapie, nonché sui rischi e sulla prevenzione di ulteriori condizioni e complicanze, e saranno chiamati a "rendicontare" sull'aderenza al trattamento, nonché a valutare i servizi ricevuti sempre nella logica dell'*accountability*. (3)

Alla luce delle suddette considerazioni appare evidente come al mutare del paradigma dell'assistenza sia necessario mutare anche le modalità di rimborso delle varie prestazioni erogate. Storicamente la modalità di rimborso più impiegata è stata il *fee-for-service* (FFS), ovvero il pagamento a *provider* dell'erogazione della prestazione da parte del Terzo Pagante o dalle assicurazioni sociali o private a seconda del sistema, o direttamente dal paziente in forma di spesa *out-of-pocket*. Tale modalità di rimborso però non è legata alla qualità del servizio erogata, bensì ai volumi, ed è stata uno dei *driver* dell'aumento dei costi dell'assistenza negli ultimi decenni (4).

L'evoluzione in ottica *value-based* della modalità *fee-for-service* è stata il *pay-for-performance* (p4p). Tale modalità prevede che si eroghino incentivi o disincentivi ai *provider* sulla base del raggiungimento di determinate soglie prestabilite (ad esempio un *provider* che vaccinerà il 90% della popolazione di pertinenza a cui quella vaccinazione era destinata, riceverà un incentivo se la soglia prestabilita tra *provider* e committente era l'80%). La modalità di finanziamento p4p è stata recentemente (2017) adottata anche in Piemonte, dove lo scorso anno è stato avviato un sistema di valutazione della qualità della *performance* delle strutture private attraverso alcuni indicatori del Programma nazionale esiti (5).

Tale modalità di pagamento presenta delle criticità in quanto gli incentivi sono troppo esigui per cambiare il comportamento degli operatori o la popolazione a cui si intende erogare un servizio remunerato secondo p4p è troppo piccola per indurre un cambiamento istituzionalizzato. Pertanto, tale modalità rappresenta una variante del FFS e non rientra ancora nelle modalità di pagamento di un'assistenza *value-based* (4).

Nell'ottica di remunerare un'assistenza basata sul valore, negli ultimi anni hanno preso piede negli Stati Uniti e anche in Paesi come Regno Unito, Germania e Olanda, modalità organizzative dove la responsabilità dell'assistenza, nonché il rischio finanziario, sono transitati dal terzo pagante o dagli assicuratori a sistemi di *provider* o gruppi indipendenti di medici. Di questi modelli organizzativi ricordiamo le *Accountable care organization* (ACO) e i *bundled payment*. Nei primi modelli di medicina generale o insiemi di *provider* con funzioni di committenza e/o produzione divengono i responsabili della salute di una popolazione ben specifica. Nei secondi, invece, sono gruppi di *provider* che si accordano sul finanziamento di servizi specifici per una tipologia di cura (6). Infatti, i *bundled payment* possono costituire finanziamenti che coprono un intero ciclo di assistenza per le patologie acute, l'assistenza complessiva per un periodo definito per le patologie croniche o servizi di tipo preventivo per una specifica popolazione di pazienti. I finanziamenti *bundled* vengono pertanto definiti sulle necessità specifiche dei singoli pazienti, prevedendo degli incentivi qualora si raggiungano risultati di salute oltre le aspettative (7). Infatti, il pagamento del *provider* è tarato sul costo dell'adesione agli standard e alle linee guida della pratica clinica, sulla stratificazione del rischio e sulla riduzione delle complicanze. All'interno di tale modalità di rimborso, i

provider beneficeranno dei risparmi generati dal miglioramento dell'efficienza nei singoli episodi di cura; inoltre, tale modalità permetterà dei risparmi in quanto verranno evitate prestazioni non appropriate e/o inutili. Allo stesso tempo, il *payer* sarà più propenso a tale modalità di pagamento in quanto erogherà meno risorse finanziarie al *provider*, essendo state stabilite a priori, rispetto al passato. Al contempo, però, l'insidia di tale modello risiede nel dover provvedere al rimborso di prestazioni o procedure che vanno oltre a quanto stabilito nel "singolo pacchetto di cura" per quella data condizione. Un'ulteriore insidia a cui prestare notevole attenzione è quella dell'aumento da parte dei *provider* dei cicli di assistenza rimborsati secondo questa modalità, tale da legare anche questa modalità di finanziamento ai volumi delle prestazioni (4).

Per quanto riguarda le Aco riportiamo di seguito l'evoluzione degli stessi avvenuta negli ultimi anni nel Regno Unito a partire da quelli statunitensi. Per far fronte alla sfida della sostenibilità, il Nhs britannico ha risposto con una riorganizzazione basata proprio sui concetti di medicina di popolazione e integrazione. Sono infatti nati nuovi modelli assistenziali che hanno visto la collaborazione, per l'erogazione di servizi sanitari ad una specifica popolazione, di strutture del Nhs britannico e altri *provider* (pubblici e/o privati), e in alcuni casi anche la capacità di accumulare risorse finanziarie per poter erogare quei dati servizi. Questi nuovi modelli organizzativi hanno permesso che *provider* e committenti lavorassero insieme, e che i *provider* diventassero a loro volta committenti quando avrebbero dovuto sub-appaltare servizi ad altri partner. Nel duplice ruolo di *provider* e committenti, troviamo i *Clinical commissioning group* (Ccg), ovvero enti di diritto privato che hanno sostituito i *Primary care trust*, composti da medici di famiglia, i quali erogano assistenza e sono allo stesso tempo in grado di esercitare la funzione di committenza in quanto detentori di un *budget* prestabilito con l'Nhs. La funzione di committenza del futuro, ovvero la definizione dei bisogni di salute, l'allocazione delle risorse per poterli soddisfare attraverso i servizi, e la negoziazione della quantità e della qualità delle prestazioni, sarà sempre di più legata ad accordi che terranno in considerazione gli esiti di salute precedentemente raggiunti in quella data popolazione su cui insiste il servizio o l'insieme dei servizi. Pertanto, si osserverà sempre di più l'impiego di *budget population-based*, piuttosto che rimborsi basati sulle prestazioni. E in questa nuova logica organizzativa, i committenti avranno un ruolo chiave nello scegliere e mantenere i *provider* che dimostreranno di aver raggiunto i risultati prefissati nei contratti di committenza (8). È possibile al momento riconoscere tre principali modelli organizzativi:

- *Integrated care systems* (Ics) che comprendono *provider*, Ccg e autorità locali che hanno il compito di pianificare ed erogare assistenza alla popolazione di riferimento sulla base dei risultati che si vogliono raggiungere;
- *Integrated care partnership* (Icp), costituite da una serie di *provider* che lavorano in rete. Tra questi *provider* troviamo gli ospedali, i servizi sanitari di base e comunitari, i servizi di salute mentale, medici di famiglia, ma anche servizi di assistenza sociale e del terzo settore;
- *Accountable care organization* (Aco). Tale modello si ha quando i gruppi di committenza, ovvero i Ccg appaltano ad una singola organizzazione l'erogazione di una serie di servizi ad una popolazione definita. Tale organizzazione, però, può sub-appaltare servizi o parte di servizi ad altri *provider*. La differenza con le *partnership* (Icp) risiede nel fatto che un Aco detiene l'unica responsabilità di rispondere ai bisogni di salute e socio-sanitari di una popolazione ben definita.

Le Icp sono a diversi gradi sviluppo in tutta l'Inghilterra, mentre le Ics sono state implementate in 10 aree. Le Aco, invece, sono ancora in fase di discussione in alcune aree dell'Inghilterra e Nhs England sta sviluppando dei nuovi contratti che dovrebbero essere usati dai committenti per intraprendere questa via.

I primi dati raccolti sull'efficacia dei suddetti modelli organizzativi sembrano essere favorevoli alla loro implementazione, nonostante una serie di critiche continuano ad emergere sulla reale funzione di questi modelli e sulla loro efficacia nel garantire salute. Sono state osservate riduzioni di accesso ai Pronto Soccorso, aumento degli accessi ai servizi di assistenza primaria (medico di medicina generale, salute mentale), maggior collaborazione con le autorità locali e quindi miglior integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-sanitari, o implementazione di attività di prevenzione e tutela della salute pubblica.

Lo scopo della loro introduzione da parte delle Autorità inglesi è quello di accelerare lo sviluppo di *partnership* organizzative tra *provider* e committenti in una data area. Infatti, nella *road map* sancita da Nhs England lo scorso anno è stata affermata la volontà di divenire il sistema sanitario più integrato tra quelli delle principali nazioni occidentali.

Come sottolineano i ricercatori del *King's Fund* in un recentissimo articolo, questi modelli assistenziali integrati e basati sulla popolazione consentono potenzialmente alle risorse di essere impiegate in maniera più efficace. Peraltro, possono includere *provider* privati con una *expertise* specifica, ma sicuramente la loro riuscita sarà determinata dal fatto che i diversi operatori, appartenenti anche ad enti diversi e con differenti *expertise*, dovranno lavorare insieme in maniera coordinata ed integrata (8).

Come abbiamo visto, in un sistema sanitario del futuro gli ospedali dovranno riorganizzarsi e insieme agli altri *provider* o autorità locali dovranno erogare assistenza socio-sanitaria integrata, coinvolgendo anche il terzo settore. L'assistenza potrà dirsi integrata quando tutti i vari *stakeholder* lavoreranno per soddisfare i bisogni di salute e socio-sanitari della popolazione su cui insistono, ponendo il paziente al centro (medicina di popolazione) (8).

Per fare in modo di superare le criticità del nostro Sistema Sanitario e al contempo di promuovere eccellenze e innovazioni, nell'ottica di garantire sostenibilità e assistenza basata sul valore, occorrerà una presa di coscienza e un impegno di tutti gli *stakeholder* i quali dovranno perseguire una logica programmatica che tenga conto non solo delle risorse economiche, ma anche del burden e dell'evoluzione delle patologie, della centralità del paziente e dei risultati da ottenere secondo i dettami della medicina di popolazione. ●

Capitolo 7

Scenari di miglioramento complessivo del sistema salute in Italia in funzione del valore. La parola agli esperti.

Walter Ricciardi

In merito al Servizio sanitario nazionale, in Italia rispetto ad altri Paesi con un Sistema Beveridge, i suoi cittadini non sembrano intendere il valore strategico dell'universalità del servizio come bene comune. L'accesso a cure gratuite o quasi, la qualità elevata dei servizi erogati e la capillarità dell'offerta appaiono essere tre elementi caratterizzanti il Ssn, ancora a 40 anni dalla sua nascita. Come immagina questi elementi tra 10 anni? E perché?

Il Servizio sanitario nazionale italiano, universale e solidale, ha rappresentato e rappresenta ancora una delle più importanti conquiste della democrazia del nostro Paese.

Quaranta anni fa è stato affermato un principio chiaro, quello dell'universalità dell'accesso alle cure, dal quale è impossibile ormai fare marcia indietro, per cui ci si può solo interrogare su come proseguire nella sua tutela e in sua difesa. Tale principio non è stato solo affermazione teorica di un concetto, ma soprattutto la concreta applicazione di un'opportunità estesa realmente a milioni di cittadini, opportunità che oggi non è scontato poter continuare ad offrire. Per quarant'anni i cittadini hanno guadagnato due mesi di vita l'anno, e hanno avuto un'assistenza farmaceutica che, come in quasi nessun altro Paese al mondo, è stata dispensata a tutte le fasce della popolazione secondo un principio di uniformità messo in discussione oggi solo dal federalismo sanitario. Non c'è dubbio che in un contesto sociodemografico profondamente mutato come quello attuale, sia necessario ripensare tutto il sistema che con gli anni, comunque, ha risentito anche di pessime gestioni e di molti sprechi. Ma se oggi più che mai è necessario salvaguardare i principi ispiratori di questa "conquista", altrettanto necessario è misurare questi principi con la loro sostenibilità. Tra dieci anni, solo se riusciremo a fare in modo che questi aspetti siano debitamente affrontati, analizzati e indirizzati potremo avere un servizio sanitario ancora nazionale ed universale. Per fare questo si dovrà sempre più garantire equità nell'offerta tra le differenti Regioni, capire i trend epidemiologici e agire di conseguenza, evitare sprechi e corruzione, armonizzare l'ero-

gazione di diritto pubblica e privata in funzione del bene e del benessere dei pazienti, andare oltre l'organizzazione compartimentale dei servizi di cura e creare sistemi di rimborso in funzione degli esiti di cura ovvero del valore: ecco solo così potremo festeggiare altri quaranta anni del nostro Ssn con la consapevolezza di aver fatto qualcosa per esso stesso e per l'Italia.

Il monitoraggio degli esiti e delle performance del nostro Sistema appare essere spesso in ritardo rispetto alla necessità di ottenere dati che possano indirizzare le strategie sanitarie. Dopo decenni si è arrivato a definire il *pattern* di costo-efficacia come elemento guida delle scelte. Come il futuro prossimo potrebbe coniugare i *gap* presenti con una prospettiva in funzione del valore specie nella *partnership* pubblico-privata?

La nostra missione è salvare, promuovere e migliorare il Servizio sanitario nazionale, però, se lo lasciamo da solo è sicuro che si estinguerà. Noi dobbiamo accudirlo, assisterlo, e per fare questo dobbiamo riorganizzarlo non a parole ma nei fatti, e questo in Italia è un esercizio abbastanza complesso poiché l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari ha luogo a livello regionale e la governance del sistema è frastagliata, quasi mai corale o strategicamente centrale.

Bisogna lavorare, quindi, in primis con le Regioni e soprattutto con tutti i cittadini, perché si possa sempre più considerare l'attuazione di modelli sanitari basati su un approccio di medicina di popolazione dove, cioè, si tenga in considerazione l'intero percorso di cura del cittadino/paziente e non soltanto la singola prestazione. Solo così si potrà ottenere concretamente la centralità del paziente nel suo percorso di cura e anche nelle modalità di rimborso dei servizi offerti, che saranno funzione dei risultati di salute e non solo dei costi ad essi correlabili.

Può la prospettiva del valore in sanità, intesa come approccio di identificazione di prestazioni, servizi, strategie tarate sui risultati di salute prima che sui costi, portare ad una modifica degli attuali sistemi di finanziamento dei servizi offerti dal Ssn? Se sì, come?

Serve tempo, e naturalmente un cambio dell'organizzazione e soprattutto della cultura medica e medico-organizzativa. Valutare gli esiti significa capire anche qual è la qualità dei servizi erogati e la performance delle strutture che li erogano. Insomma, agire in funzione del valore è una piccola rivoluzione e come tutte le rivoluzioni senza un cambio del paradigma culturale potrebbe esitare in un mero esercizio gattopardiano. Serve pertanto agire sulla formazione continua perché chi "fa meglio" possa ottenere – così come necessario in uno stato democratico e moderno – maggiore valorizzazione del proprio impegno e dei propri investimenti. ●

Gabriele Pelissero

Come è noto i Sistemi sanitari, in Europa e nel mondo, presentano grandi differenze in tutti gli aspetti fondamentali, dal livello di copertura offerto ai cittadini alle modalità di finanziamento, al costo e alla qualità dei servizi.

L'Europa, e soprattutto il nucleo storico dei quindici Paesi precedente all'allargamento ad est, si mostra con una maggiore omogeneità, equamente distribuita fra il modello *Bismarck* e il modello *Beveridge*, con una consolidata tendenza di entrambi a conseguire l'universalità dell'accesso.

L'Italia, si caratterizza, in questo contesto, per il netto cambiamento introdotto con la Legge 23 dicembre 1978 n. 833, che si ripropone di trasformare lo storico assetto di tipo *Bismarck* in uno di tipo *Beveridge*, culturalmente affine al *National Health Service* britannico, seppure profondamente diverso per numerosi rilevanti aspetti, come abbiamo avuto spesso modo di osservare (1,2,3). Gli elementi più caratterizzanti del Sistema italiano sono indubbiamente rappresentati dalla universalità, dalla ampiezza delle prestazioni erogate attraverso i Lea e dalla libertà di scelta del luogo di cura su tutto il territorio nazionale.

Nella realtà queste positive caratteristiche sono in parte erose dalla grande disparità dei Sistemi sanitari regionali, che determina livelli quali-quantitativi di erogazione anche molto diversi a secondo del luogo di residenza, dalla esiguità delle risorse finanziarie, soprattutto nell'ultimo decennio scese verso valori intorno al 6,5% del Pil, e da una miriade di lacci e laccioli legislativi e burocratici rivolti in sostanza a comprimere l'offerta e rendere difficoltoso l'accesso per ragioni di bilancio.

Con queste limitazioni, il Servizio sanitario nazionale italiano resta comparativamente, fra i migliori al mondo, anche se inevitabilmente il grado di soddisfazione dei cittadini non è omogeneo, riflettendo le disparità presenti nei diversi territori.

Bisogna anche osservare come il crescente pluralismo degli operatori, che ha generato un mix pubblico-privato nell'offerta di prestazioni tutte a carico del Ssn, presente seppur in forma differenziata in tutte le regioni, indubbiamente contribuisce ad accrescere il livello di soddisfazione dei cittadini, soprattutto la dove si determina una qualche forma di competizione sulla qualità del servizio e un seppur limitato livello di effettiva libertà di scelta.

Il modo come il Ssn si evolverà dipende dalle scelte politiche e dalle condizioni economiche del Paese.

Per focalizzare almeno le principali opzioni, nel *15° Rapporto Ospedali & Salute* abbiamo identificato i principali percorsi possibili (4) cercando di dare una risposta a una fondamentale domanda. Quali prospettive tutto ciò apre al futuro?

Le risposte a domande di questo tipo non possono che essere multiple, perché derivanti da quali scelte di politica sanitaria verranno effettuate su alcuni aspetti fondamentali, e che abbiamo cercato di esemplificare nella figura di seguito riportata.

Il primo di questi, inevitabilmente, riguarda le risorse impegnate a partire dalla spesa pubblica sanitaria.

È ovvio infatti, che una netta inversione di tendenza, che la riporti nei prossimi anni a valori superiori al 7% del Pil, disegnerebbe uno scenario ottimistico con incrementi quali-quantitativi delle prestazioni.

Possiamo solo auspicare che questo sia il nostro futuro.

Ma se non sarà così?

La questione si pone in questo caso in modo diverso a seconda che la percezione della crescente

difficoltà operativa dei Sistemi sanitari regionali induca a consolidarsi intorno all'attuale 6,7% del Pil di spesa sanitaria pubblica, o se si dovesse davvero determinare la discesa programmata del Def fino al 6,3%, o addirittura la drastica contrazione prevista dalla *spending review* più radicale, indicata nel rapporto Cottarelli.

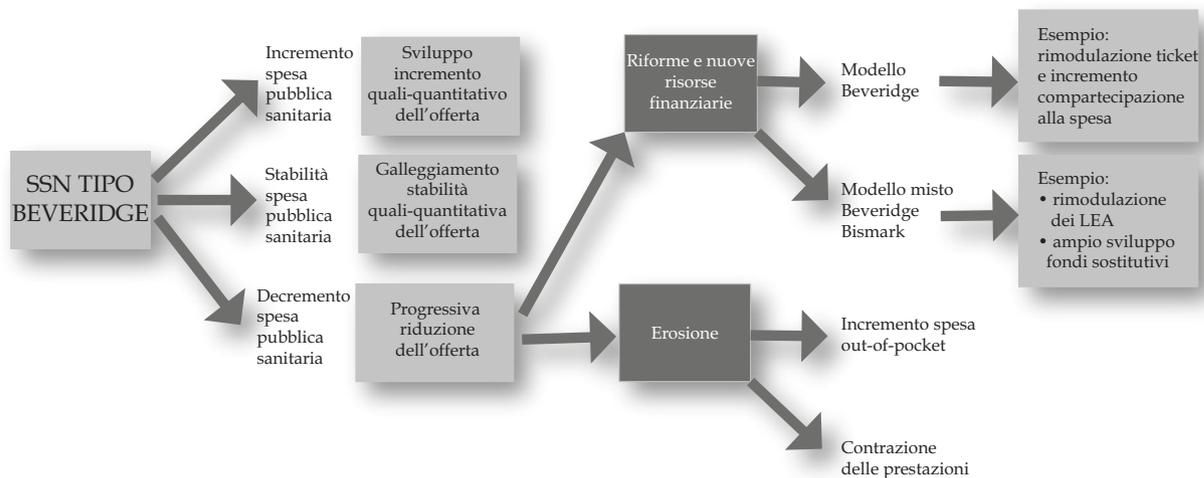
Il consolidamento dei livelli attuali di spesa potrebbe determinare un sostanziale galleggiamento del Sistema, con livelli quali-quantitativi corrispondenti a quelli attuali, ma inevitabilmente escludendo dalle prestazioni erogabili buona parte dell'innovazione che potrà generarsi nei prossimi anni.

È probabile che una situazione di questo tipo porti nel tempo ad un certo incremento della spesa privata, sia *out-of-pocket* che intermediata, con una netta stratificazione sulla fasce di popolazione e sui territori con maggiori disponibilità economiche.

Un drastico progressivo decremento della spesa pubblica sanitaria aprirebbe invece scenari molto vari e innovativi, conseguenti alle linee di politica sanitaria adottata.

Con estrema semplificazione abbiamo a tale proposito ipotizzato due possibili scenari, rappresentati il primo dallo stabile riferimento di risorse finanziarie aggiuntive e il secondo da una condivisione di erosione permanente del sistema. Presupposto del primo è l'adozione di precisi e consapevoli interventi normativi di tipo strutturale, rivolti a reperire risorse aggiuntive. In termini generali, i percorsi possibili sono di due ordini. Il primo, che si presenta come sostanziale conservativo del modello *Beveridge* originario del Ssn, può essere rappresentato da iniziative che amplino i livelli di compartecipazione della spesa pur conservando il modello di finanziamento attuale.

Scenari futuri



L'esempio più semplice può essere rappresentato da una forte azione sui ticket, limitando l'esenzione per patologia alle più basse fasce di reddito.

Possiamo inoltre ricordare che nel passato sono state ipotizzate in questa prospettiva interventi anche più incisivi, quali l'estensione dei ticket a prestazioni ospedaliere o l'introduzione di imposte di scopo a sostegno di diversi tipi di prestazione. Non ci addenteremo qui nelle ovvie considerazioni sull'estrema impopolarità di queste misure, ampiamente sperimentata nel passato.

Il secondo percorso interviene in modo più radicale sul modello *Beveridge* introducendo elementi di tipo *Bismarck* e pervenendo così ad una tipologia molto innovativa e poco sperimentata di Sistema sanitario. Il presupposto di questo approccio consiste nella riduzione del perimetro dell'universalità garantita dal Ssn, con una modulazione in senso riduttivo dei Lea, che per ragioni sociali potrebbe essere limitata alle fasce di popolazione in grado di sostituire la copertura con strumenti collettivi sostanzialmente di tipo mutualistico.

Un percorso che forse non sarebbe in contrasto con lo stesso dettato costituzionale.

Un approccio di questo tipo necessita indubbiamente di un deciso intervento normativo, ma soprattutto di un vasto livello di consenso sociale, soprattutto nel mondo del lavoro e nelle sue rappresentanze sindacali e datoriali.

Un passaggio anch'esso, a prima vista, indigesto, ma forse non così privo di qualche attrattività, soprattutto alla luce di un potenziale ruolo più attivo e responsabile da parte di tutti gli attori impegnati nei settori produttivi.

E in questo senso vale ricordare che questo scenario apre prospettive di soluzioni istituzionali nel governo del *welfare* sanitario che ad esempio in Germania si sono rivelate molto solide e funzionali, e che vedono nel ruolo di regolatori una salda presenza delle organizzazioni sindacali e datoriali e dei territori.

Tutte le soluzioni che qui abbiamo sinteticamente accennato richiedono, lo ripetiamo, una esplicita e forte visione riformatrice, per realizzare sistemi organizzativi coerenti e efficaci.

E se questo non avvenisse?

In costanza di un decremento progressivo della spesa pubblica senza soluzioni compensative non potremmo che assistere a una corrispondente erosione del sistema di *welfare* sanitario, con ogni probabilità aggravata da crescenti disparità territoriali e gravi cadute nell'universalità e nell'equità.

A questo scenario farebbero inevitabilmente riscontro un incremento incontrollato della spesa *out-of-pocket*, una generale contrazione delle prestazioni e una forte sofferenza sociale.

Le prospettive, anche profondamente divergenti, verso cui si muoverà il Ssn saranno comunque influenzate anche dalle scelte su alcuni importanti aspetti rappresentati dalle qualità delle prestazioni, dalla sua misurazione e dal rapporto che essa può avere con modalità e livelli di finanziamento.

Per introdurre una breve riflessione su questa complessa materia risulta più agevole partire dal finanziamento.

Il Ssn italiano nasce con un sistema di finanziamento a costi, che applicato nel primo periodo di vita (1980-1993) alla preponderante componente a gestione pubblica inevitabilmente ha generato una diffusa cultura del disavanzo, e di una sostanziale indifferenza alla qualità e quantità delle prestazioni erogate.

È ben noto che a questa situazione, avviata a esiti disastrosi, tentò di porre argine la prima "Riforma della Riforma" del Governo Amato con i DD.LL. 502/92 e 517/93, con il tentativo rivoluzionario di introdurre il finanziamento a prestazione, fondato sulla metodologia Drg di matrice statunitense, esplicitamente orientato a costruire un Sistema di premi e castighi finanziari che stimolasse la quantità e la qualità nella produzione di prestazioni da parte di erogatori pubblici e privati.

Il metodo venne concretamente applicato alla componente di diritto privato del sistema, che raccolse positivamente lo stimolo adattandovi con successo la propria organizzazione interna, ed è indubbio che anche a questo si deve l'importante (seppur parziale e territorialmente disomogeneo) sviluppo della presenza dei privati nel Sistema sanitario pubblico.

Nel pubblico i risultati furono molto più modesti, perché il pagamento a prestazione avrebbe com-

portato interventi molto più “aziendali” di quanto la gestione politica possa permettersi, e fu sostanzialmente vanificato dalla diffusa pratica del ripianamento dei disavanzi di ospedali e servizi.

In pratica un ritorno di fatto allo storico pagamento a costi.

La pietra tombale con la sanzione della duplicità di finanziamento per il pubblico e per il privato, fu posta con il DL. 229/99, che sotto questo profilo rappresentò una vera controriforma.

A nostro giudizio il fallimento del tentativo di introdurre un rigoroso stimolo alla qualità e all'efficienza della componente pubblica del Sistema rappresenta una delle cause del percorso che negli anni successivi condurrà molte Regioni a gravi disavanzi e dolorosi Piani di rientro, ma questo è il consueto effetto della mancanza delle necessarie riforme al momento opportuno.

Ad oggi, la situazione resta ancora cristallizzata, ma sul versante delle modalità di finanziamento il dibattito culturale non è certo fermo, e qualche critica di fondo sulla struttura del sistema Drg è ricorrente.

In sostanza, l'obiezione che emerge evidenzia come il Drg remunerati la prestazione a prescindere dagli esiti.

L'argomentazione in astratto è suggestiva, ma l'idea di fondo per cui “si paga solo il successo” appare troppo grossolana per una realtà complessa come la sanità.

In effetti, a questa tesi si oppongono alcune considerazioni di fondo non irrilevanti, di cui ne accenneremo tre.

La prima è di tipo scientifico.

La misurazione dei successi (e degli insuccessi) in sanità non è una scienza esatta.

Tutti i metodi fin qui adottati si fondano su approssimazioni, e per applicare metodologie di valutazione a sistemi organizzativi complessi bisogna disporre di strumenti estremamente sofisticati, fondati su grandi volumi di dati molto controllati e affidabili, e su una struttura di verifica e elaborazione scientifica ineccepibile, integrandola con livelli approfonditi di consenso nella comunità professionale.

La seconda è di tipo etico. Con rilevazione di deficit di qualità nell'erogazione di prestazioni sanitarie non può limitarsi a un intervento di tipo economico (hai troppi insuccessi, non ti pago le prestazioni). Il dovere di chi governa un Sistema sanitario è di escludere dal sistema chi non è adeguato in termini di qualità.

Ma questo presuppone, per ogni valutazione, la determinazione di una soglia al di sotto della quale si esce dal sistema, si chiude un reparto, si espelle un professionista.

La terza è di tipo organizzativo. Una attività di continuo rimodellamento dell'organizzazione di una struttura sanitaria comporta una forte capacità di governo e una ampia libertà di azione.

Fino alla capacità, come abbiamo detto, di sopprimere reparti o interi presidi non corrispondenti agli standard di qualità rilevati.

Queste sintetiche osservazioni non vogliono certo condurre alla conclusione pessimistica sulla possibilità di collegare la misurazione delle qualità al finanziamento e alla continua ristrutturazione del sistema.

Dobbiamo però comprendere che semplici automatismi non sono possibili, né probabilmente auspicabili. Dobbiamo inoltre considerare che la tradizionale valutazione di efficacia ed efficienza (di cui l'approccio costi-efficacia è l'espressione più nota) in una società evoluta e complessa come quella europea deve necessariamente essere integrata con la valutazione di soddisfazione.

Tutto questo conduce ad ipotizzare sistemi di governo integrati che valutino complessivamente qualità (intesa come procedure ed esiti), efficienza e soddisfazione, introducendo elementi premiali e/o disincentivanti anche di tipo economico, unitamente però alla capacità di modellare in

continuo le strutture accettando il principio che esse possano crescere o ridursi, anche fino a scomparire, ove non siano adeguate a rispondere adeguatamente al loro mandato.

Una prospettiva di indubbio interesse e di autentica innovazione, che necessita un serio approfondimento, ma che realisticamente, è tutt'altro che facile da realizzare a breve termine.

Forse un primo vero passo avanti per ora sarebbe tornare al DL 502/517 e applicare davvero, per tutto il Sistema sanitario pubblico e privato, il pagamento a prestazione, magari con una nuova e aggiornata versione Drg, rendendone concrete le potenzialità di efficientamento e le implicazioni premiali (se pur limitate alle procedure) di cui si continua a sentire il bisogno in moltissime realtà locali. ●

Muir Gray

In merito al Servizio sanitario nazionale, in Italia rispetto ad altri Paesi con un Sistema Beveridge, i suoi cittadini non sembrano intendere il valore strategico dell'universalità del servizio come bene comune. L'accesso a cure gratuite o quasi, la qualità elevata dei servizi erogati e la capillarità dell'offerta appaiono essere tre elementi caratterizzanti il Ssn, ancora a quaranta anni dalla sua nascita. Come immagina questi elementi tra dieci anni? E perché?

Il Servizio sanitario nazionale italiano, 40 anni fa è nato riferendosi proprio al Sistema sanitario britannico (Nhs) come sistema ispiratore, mutuandone spesso vizi e virtù. Proprio per questo vale la pena prendere in considerazione l'ultimo cambiamento fondamentale del Nhs ovvero l'"Health and Social Care Act 2012". Dalla sua entrata in vigore il sistema sanitario inglese (Nhs) sta attraversando un periodo di grande cambiamento, talvolta anche di confusione, caratterizzato da dinamicità finanziaria e mancanza di chiare regole da parte del governo. Sono stati istituiti con questa legge i Clinical commissioning group (Ccg), ovvero strutture organizzative che, con l'"Health and Social Care Act 2012, hanno sostituito le Primary care trust (Pct), più o meno strutture omologhe alle Asl italiane. I Ccg sono consorzi di medici di famiglia a cui il governo ha delegato lo stanziamento di circa il 70% delle risorse finanziarie sanitarie con il compito di affidare a fornitori i servizi sanitari nell'ambito della propria area geografica. Tra i servizi da affidare sono rientrati i servizi specialistici consultivi ed ospedalieri, di emergenza, e la vasta gamma dei servizi sanitari territoriali. L'idea dei Ccg poteva risultare essere tra quelle vincenti perché permetteva di superare le divisioni tra ospedale e territorio responsabilizzando gli attori del sistema cui veniva affidato parte del governo dello stesso. Quanto accaduto è stato però meno vincente rispetto alle aspettative in quanto si è verificata una difficoltà nel pianificare, nel guidare le scelte in maniera efficace, ovvero una vera e propria mancanza di governance, dovuta a una assenza di una prospettiva complessiva unificante e di una implementazione culturale generale. L'Italia può di nuovo prendere spunto dal Sistema inglese, mutuando gli elementi vincenti quali la responsabilizzazione (ma con un focus sulla crescita culturale), l'autonomia (ma con una vision e degli obiettivi centrali in funzione della stewardship), le modalità di finanziamento (attraverso un'analisi più efficiente di bisogni e risposte a essi) ovvero dandosi regole chiare e obiettivi definiti.

Il monitoraggio degli esiti e delle performance del nostro Sistema appare essere spesso in ritardo rispetto alla necessità di ottenere dati che possano indirizzare le strategie sanitarie. Dopo decenni si è arrivato a definire *pattern* di costo-efficacia come elemento guida delle scelte. Come il futuro prossimo potrebbe coniugare i *gap* presenti con una prospettiva in funzione del valore specie nella *partnership* pubblico-privata?

Obiettivo dei sistemi sanitari in ogni Nazione è mirare alla sostenibilità della copertura sanitaria dell'intera popolazione (universal health coverage), ma ottenerla senza tener conto delle differenti capacità dei cittadini di provvedere alle proprie spese sanitarie, è solo parzialmente una questione di sostenibilità. In secondo luogo, c'è la necessità di capire su quale tipo o livello di servizio l'individuo debba avere accesso e a quale gamma di interventi possa aver diritto. Quindi bisognerebbe discutere di sostenibilità, ma anche di accessibilità e tutela del diritto alla salute. Perché questi punti siano sintetizzati in una vision unificante è necessario che l'approccio dell'intero sistema sia rivolto all'ottenimento del "valore". L'implementazione del concetto di valore nel SSN Italiano è particolarmente complessa in quanto:

- *la spesa viene monitorata attraverso i soli fattori produttivi (personale, farmaceutica, beni e servizi, etc.);*
- *il monitoraggio delle performance regionali da parte dello Stato non entra nel merito dell'allocazione delle risorse, gestita in totale autonomia da ciascuna Regione;*
- *la scarsa implementazione di reti e percorsi interaziendali ostacola la condivisione di strutture, tecnologie e professionisti, riducendo il value del denaro investito.*

Pertanto, solo se la spesa verrà misurata attraverso gli esiti e attraverso un monitoraggio serio ed efficace, con una governance maggiormente strategica a livello dell'intera nazione, e si andrà oltre le dicotomie pubblico/private – territorio/ospedale etc. si potranno colmare tali gap.

Può la prospettiva del valore in sanità, intesa come approccio di identificazione di prestazioni, servizi, strategie tarate sui risultati di salute prima che sui costi, portare ad una modifica degli attuali sistemi di finanziamento dei servizi offerti dal Ssn? Se sì, come?

Il concetto di valore si può articolare in tre dimensioni: allocativa, tecnica e personale. Rispetto a questa domanda è fondamentale chiarire come poter agire sulla dimensione allocativa del valore. La dimensione allocativa identifica le modalità di allocazione delle risorse in sanità, considerando il loro impatto sulla salute di vari sottogruppi della popolazione, al fine di soddisfare i bisogni di salute con una quantità di risorse sempre più limitata. Una volta definite le risorse per la sanità, l'allocazione di risorse può variare, differenziandone l'entità tra i vari programmi (es. tra oncologia e Bpco), oppure all'interno di ciascun programma tra percorsi differenti (es. tra carcinoma della mammella a carcinoma del polmone). Il finanziamento dovrà essere quindi frutto di scelte mirate, definite in relazione ai bisogni della popolazione, impostate su percorsi e processi di cura, tesa a minimizzare sprechi e variazioni ingiustificate. ●

Alessandro Campana

In merito al Servizio sanitario nazionale, in Italia rispetto ad altri Paesi con un Sistema Beveridge, i suoi cittadini non sembrano intendere il valore strategico dell'universalità del servizio come bene comune. L'accesso a cure gratuite o quasi, la qualità elevata dei servizi erogati e la capillarità dell'offerta appaiono essere tre elementi caratterizzanti il Ssn, ancora a quaranta anni dalla sua nascita. Come immagina questi elementi tra dieci anni? E perché?

L'universalità dei servizi offerti dal nostro sistema sanitario rappresenta, in questo lungo periodo di quaranta anni di funzionamento, un aspetto oramai connaturato con la vita e le abitudini della popolazione. I passi in avanti fatti dal Sistema sanitario nazionale sono evidenti se si valuta una gran parte degli indicatori sulla base dei quali si misurano i sistemi dei Paesi a sviluppo più avanzato. Anche se con differenze evidenti in riferimento alle diverse realtà regionali, è evidente come la copertura universale, unitamente alla libertà e gratuità dell'accesso e la garanzia di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, costituiscono elementi che hanno fortemente contribuito al benessere generale.

Ma spesso i diritti acquisiti divengono poco riconoscibili ed apprezzati soprattutto se adottati, come nel nostro caso, per lunghi periodi. Divengono condizioni di funzionamento connaturati al sistema e considerati scontati ed acquisiti. Inoltre, i concetti di universalità e di solidarietà si sono confrontati, soprattutto negli ultimi anni, con posizioni tendenti ad individuare il diritto di usufruire di determinati servizi solo per coloro che contribuiscono maggiormente, o ritengono di contribuire in modo più rilevante, al finanziamento del sistema.

Universalità, diritto di accesso e libertà di scelta, principi ispiratori del nostro stato sociale, dovranno permanere nel prossimo futuro e costituire la base portante dello sviluppo che dovrà affrontare il nostro Sistema sanitario nazionale. In altre parole, i grandi cambiamenti che ci riservano i prossimi 10 anni non dovranno intaccare tali principi fondamentali ma, per poterli mantenere saldi e stabili nel tempo, dovranno essere modificati in modo radicale gli strumenti e le modalità in base ai quali i diversi livelli essenziali di assistenza saranno offerti ed erogati ai cittadini italiani. In primis l'accesso. È auspicabile che l'accesso permanga il più possibile gratuito e caratterizzato dalla libertà di scelta del cittadino. Ma una libertà accompagnata da una politica di comunicazione e di informazione diffusa sulle caratteristiche del nostro sistema sanitario e sui servizi offerti. Una scelta informata, dunque, e, soprattutto, assistita da una funzione di accompagnamento attiva da parte dei medici di medicina generale. Un accesso, inoltre, caratterizzato dalla definizione di alcuni livelli di assistenza da considerare come necessari per un'adeguata adozione di politiche ed interventi di sanità pubblica (soprattutto in tema di prevenzione attiva delle patologie croniche e di adeguata copertura vaccinale della popolazione).

Il termine accesso dovrà, però, essere collegato in modo continuo a quello dell'appropriatezza delle cure erogate in base alle condizioni cliniche del singolo paziente e della corretta allocazione delle risorse sanitarie in base ai bisogni espressi dalla popolazione. Questo significa che l'attuale rete in base alla quale le nostre strutture sanitarie operano sul territorio dovrà essere rivista in modo radicale nei prossimi dieci anni. Al processo di riconversione in atto delle strutture dedicate al ricovero di pazienti interessati da un periodo acuto della propria patologia, dovrà corrispondere un utilizzo sempre più esteso delle tecnologie digitali (la "digital health") e di altri strumenti di assistenza che permettano di raggiungere quella capillarità che, nei precedenti 40 anni, era garantito da una rilevante presenza di strutture di ricovero a livello locale. I "piccoli ospedali" pre-

come elementi e criteri di ripartizione delle risorse disponibili sia da un punto di vista tecnologico che finanziario.

Nei prossimi anni la possibilità di utilizzo diffuso del dato sanitario ed il suo sempre più sofisticato trattamento, attraverso le tecniche di elaborazione statistica ed epidemiologia e la capacità di correlazione delle diverse variabili con l'utilizzo di sistemi intelligenti di valutazione e trattamento dell'informazione, permetteranno un'analisi molto più puntuale e costante dei risultati delle cure e degli esiti dei singoli trattamenti in relazione al costo degli stessi. Le decisioni di allocazione delle risorse sanitarie non potranno, perciò, prescindere da una attenta riflessione sull'efficacia dei singoli trattamenti in correlazione con il livello di evoluzione della singola patologia fornendo indicazioni sul setting assistenziale più opportuno da porre in essere in termini di appropriatezza terapeutica.

Inoltre, la partnership pubblico-privato dovrà sempre più ispirarsi a discorsi di incentivazione degli operatori che intervenendo nella gestione e riconversione delle strutture sanitarie dovranno essere valutati in base ad un conseguimento di livelli di efficacia determinati dall'operatore pubblico responsabile del controllo e/o del finanziamento del sistema. In tale contesto alcune Regioni stanno già introducendo meccanismi di premialità in termini di incentivi rispetto ai budget negoziati dagli operatori privati, nel caso di conseguimento di obiettivi di qualità ed esito misurati in base a sistemi a livello nazionale e/o locale.

Può la prospettiva del valore in sanità, intesa come approccio di identificazione di prestazioni, servizi, strategie tarate sui risultati di salute prima che sui costi, portare ad una modifica degli attuali sistemi di finanziamento dei servizi offerti dal Ssn? Se sì, come?

Il precedente esempio porta a riflettere all'evoluzione dei meccanismi di finanziamento del sistema sanitario del futuro. L'analisi del valore e dell'efficacia degli interventi sanitari dovrà, in altri termini, costituire un elemento alla base della definizione dei budget che saranno allocati e riconosciuti ai diversi provider, siano essi di prestazioni sanitarie, di tecnologie, strumentazioni e farmaci. I contratti saranno definiti in base al conseguimento di obiettivi di salute di specifici segmenti di popolazione nonché nella gestione delle singole patologie.

Ai vecchi budget di struttura, correlati all'andamento storico delle spese, agli attuali sistemi di rimborso a seguito dell'adozione di tariffe per prestazioni ed agli strumenti di ripartizione del budget in base a quote capitarie ponderate con fattori di correzione, per considerare le caratteristiche peculiari della popolazione di riferimento, si sostituiranno gradualmente sistemi di negoziazione caratterizzati dall'introduzione di obiettivi combinati valore conseguito e costi sostenuti. Tale negoziazione si baserà sulla definizione di contratti costruiti per singolo provider e soggetti a revisione in base ai risultati ottenuti.

I finanziamenti tenderanno, perciò, non più, o non solo, a valutare la singola prestazione ma, per meglio correlare il valore al risultato dell'intervento di salute, si baseranno sulla valorizzazione del percorso di cura della specifica patologia, unendo una serie di prestazioni correlate da un punto di vista clinico. Tale approccio sarà, ed è già, in alcuni casi, adottato dai soggetti che integreranno in modo sempre più rilevante il canale di finanziamento pubblico: fondi ed assicurazioni. ●

LE SFIDE DI OGGI PER LA SANITÀ DI DOMANI - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: DESTINAZIONE FUTURO



Prospettive

Capitolo 8

Ripensare il Servizio sanitario nazionale 40 anni dopo: la strategia basata sul valore

Tutti i sistemi sanitari stanno fronteggiando costi crescenti a fronte di una qualità dell'assistenza che non sempre è la migliore. Nonostante diversi sforzi nel ridurre le inefficienze e gli errori, nell'attenersi alle linee guida, nell'implementare la tecnologia informatica per la registrazione dei dati sussistono ancora numerose difficoltà che ciascun sistema sanitario continuamente affronta. Ciò che appare necessario è, quindi, una strategia univoca che abbia come scopo principale quello di porre il valore al centro, cercando di soddisfare le necessità di tutti i portatori di interesse del sistema sanitario, *in primis*, i pazienti.

È ormai riconosciuto come sia necessario organizzare il sistema in considerazione dei bisogni dei pazienti e non in base alle specialità o alle tecnologie, focalizzarsi sui risultati di salute ottenuti e non su volumi e redditività dei servizi erogati (1). L'aumento della produttività organizzativa, di per sé, non persegue gli interessi dei pazienti, in quanto essa dipende dall'aumento dei volumi che non sempre si accompagnano a interventi sanitari efficaci e di alta qualità. È per questo che è ormai necessario oltrepassare la logica dei silos, superare la frammentazione dei servizi e riorganizzare un sistema integrato in cui gli interventi per la specifica patologia/condizione vengano concentrati in strutture adeguate in grado di erogare assistenza ad alto valore. Occorre, quindi, una strategia che permetta di superare la pressione per il contenimento dei costi, pensando ed introducendo nuovi modelli di finanziamento, che non considerino più la singola prestazione, ma la *performance* e i risultati ottenuti.

La strategia che permetterà di realizzare un ulteriore sviluppo dei nostri sistemi sanitari, di trasformarli in sistemi in grado di erogare assistenza ad alto valore, richiede di abbandonare le vecchie logiche organizzative di una sanità:

- organizzata attorno al professionista e secondo un approccio burocratico;
- in cui le valutazioni (molto spesso) non tengono conto del punto di vista del paziente;
- dove si ragiona in modo frammentato, per tariffe a prestazione;

- dove spesso sussistono sprechi a causa di duplicazioni dello stesso servizio nel medesimo territorio (aumento della spesa) e, al contempo, una netta frammentazione dell'offerta sanitaria, causa sia di confusione e insoddisfazione del paziente sia di aumento dei costi (diretti ed indiretti);
- dove i sistemi informatici non sempre sono utilizzati e (molto spesso) non sono interoperabili.

Al fine di realizzare in Italia una transizione verso le strategie orientate al valore è necessario che vengano, perciò, implementate una serie di azioni e interventi schematizzabili nelle seguenti dimensioni (1):

- giusta assistenza ed equo accreditamento;
- misurazione dei risultati e dei costi per ciascun paziente;
- riorganizzazione delle modalità di finanziamento dell'assistenza:
- l'evoluzione dei Drg;
- l'implementazione dei rimborsi per processi assistenziali (*bundled payments*);
- la migliore "canalizzazione" della spesa sanitaria privata
- integrazione dell'assistenza nonostante organizzazioni istituzionalmente separate;
- centralità del paziente all'interno del Sistema Salute;
- espansione delle buone pratiche oltre il limite geografico;
- costruzione di base dati e implementazione di sistemi informativi efficaci.

La sfida della giusta assistenza e dell'equo accreditamento

Negli ultimi dieci anni, molto si è fatto sulla misurazione e sul miglioramento della qualità e della sicurezza all'interno degli ospedali, dei servizi di assistenza primaria e delle prestazioni dei singoli professionisti per ovviare a criticità del sistema quali inappropriately, inefficienza e, soprattutto, come detto in precedenza, delle variazioni ingiustificate. Tuttavia, la sola qualità, sebbene di estrema importanza quale strumento di miglioramento degli esiti di salute dei pazienti, di per sé non assicura maggior equità e un maggior valore per la popolazione, in quanto il paziente trattato potrebbe non essere quello che ne ha maggior bisogno.

Lavorare per ridurre le variazioni ingiustificate negli esiti significa perseguire l'obiettivo di garantire una sanità giusta e un servizio coerente con i suoi obiettivi, attraverso azioni improntate alla qualità ed efficienza. Sarà necessario limitare i danni e gli sprechi e questo obiettivo può essere ottenuto anche attraverso la possibilità di permettere a tutti gli attori del sistema, ovvero a tutti gli erogatori di servizi e prestazioni, di poter giocare con le stesse regole.

In tale contesto sarà indispensabile ripensare lo strumento dell'accreditamento istituzionale. Il D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 può, senz'altro, definirsi una pietra miliare nell'ambito dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, proprio in virtù di diversi aspetti. Il modello aziendalistico della sanità ha introdotto, infatti, alcune riflessioni necessarie trasversalmente alle strutture di diritto pubblico e di quelle di diritto privato, proprio per provare ad ovviare alle suddette critici-

tà. Nel decreto, conformemente a questa ottica di tipo "imprenditoriale", veniva sancita la regola della "competitività" tra strutture pubbliche e private; la finalità di questo meccanismo, volutamente concorrenziale, era quella di garantire la sopravvivenza delle sole strutture in grado di assicurare qualità nelle prestazioni offerte. **Corollario del principio della competitività era, ed è, quello della libera scelta da parte del cittadino della struttura cui rivolgersi per l'assistenza sanitaria.**

I rapporti esistenti tra le AA.SS.LL. e le strutture private, a partire dal D.lgs. n. 502/1992 (2) sono stati regolati secondo il meccanismo del cosiddetto accreditamento istituzionale, fondato sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. L'accREDITamento, in queste fasi iniziali, era stato pensato e configurato dal Legislatore, come un vero e proprio diritto, da riconoscersi a tutte le strutture in possesso di quei requisiti minimi rispondenti ai criteri fissati nell'atto di indirizzo e coordinamento, adottato secondo i dettami contenuti dell'art. 8, comma 4, D.lgs n. 502/92. (3)

Con il riconoscimento dell'accREDITamento si intendeva assicurare e garantire, da un lato, il rigore nel rispetto dei prerequisiti e dell'erogazione delle prestazioni delle strutture private che, in concorrenza con quelle pubbliche, agiscono per conto del Servizio sanitario nazionale; dall'altro lato si intendeva garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni rese. Lo strumento dell'accREDITamento tendeva a coincidere con quello di "autorizzazione" all'esercizio dell'attività sanitaria, poiché i requisiti richiesti per entrambi gli istituti erano assimilabili, e, di conseguenza, il loro possesso era sufficiente per svolgere l'attività sanitaria per conto del Ssn (3).

Nel tempo i concetti di autorizzazione e accREDITamento si sono diversificati e, con l'adozione del D.lgs. n. 229/99 (4), sono state ulteriormente ridotte le condizioni volte ad ottenere sia l'autorizzazione che l'accREDITamento. Con questo impianto normativo si è di fatto abbandonato definitivamente il sistema concorrenziale pensato nel 1992 per regolare, o meglio contingentare, l'accesso di nuovi soggetti nel mondo del Ssn e da tale situazione, si è passati all'accREDITamento come elemento di controllo delle voci di costo da parte della pubblica amministrazione e come strumento al servizio della negoziazione in base ai tetti di spesa posti al sistema.

L'accREDITamento, dunque, oggi - rispetto alla sua disciplina originaria - rappresenta non più un atto dovuto nei confronti degli erogatori e del sistema ma, al contrario, un elemento discrezionale di gestione e controllo da parte dell'operatore pubblico. Tale discrezionalità trova il proprio fondamento, non più solo nelle qualità organizzative e tecnologiche strutturali degli operatori e, di conseguenza, delle prestazioni rese, ma anche nelle esigenze dettate dal fabbisogno assistenziale, quale risulta in concreto dal disposto delle norme di pianificazione sanitaria su base regionale (5). Ad ogni modo, il sistema non ha avuto ancora piena attuazione e, di conseguenza, a più di venti anni di distanza, è ancora in vigore quel sistema di accREDITamento "provvisorio" che avrebbe dovuto trovare applicazione solo per il triennio 1992-1995, durante cioè il regime transitorio, volto a consentire il transito delle strutture private dal convenzionamento all'accREDITamento e all'accREDITamento effettivo delle strutture di diritto pubblico. Di conseguenza, è nei fatti presente un accREDITamento parziale, grazie al quale si autorizzano le strutture ad erogare servizi, ma che, parimenti, non tutela la concorrenzialità, in quanto oggetto di discrezionalità da parte dei *decision maker*. La parzialità dell'applicazione dello strumento accREDITativo, focalizzato quasi esclusivamente sull'autorizzazione degli enti di diritto privato, pone quindi un *bias* importante nell'esplicazione dei concetti di concorrenzialità, specie se applicati alla pianificazione sanitaria.

Una forte discrezionalità risulta essere elemento di peso anche in questo ambito, determinando forti discrepanze nella garanzia di qualità da Regione a Regione, tra

erogatori pubblici e privati all'interno della stessa Regione, a seconda che rispettino o meno i criteri di accreditamento, necessari per l'autorizzazione delle strutture di diritto privato, non altrettanto per quelle di diritto pubblico.

L'esempio dell'accREDITamento è paradigmatico di come la garanzia di una sanità di qualità in funzione della "giusta assistenza" può risultare solo dall'ottenimento di una valutazione dei requisiti in maniera omogenea tra erogatori di diritto pubblico e privato così come tra le Regioni italiane, caratterizzate da una diversa *governance* sanitaria. Solo una maggiore centralizzazione delle linee di indirizzo, realizzabile anche ad invarianza normativa in chiave di *stewardship* nazionale, possibilmente utile a identificare i medesimi standard richiesti, gli oneri e il peso specifico di tutti gli attori del sistema salute, potrà garantire una reale adozione del principio di concorrenzialità definito come l'elemento necessario al corretto funzionamento del sistema.

Misurazione dei risultati e dei costi per ciascun paziente

Nella misurazione della qualità dell'assistenza, specie se parliamo di assistenza basata sul valore, occorre tenere conto degli esiti di salute (*outcome*) quali elementi costitutivi di una valutazione complessiva dei servizi sanitari offerti alla popolazione. Attualmente, si tendono a misurare quegli aspetti facilmente controllabili dalle organizzazioni (prevalentemente *output*) o per cui esistono degli indicatori clinici oggettivi. Gli *outcome* misurabili in un sistema assistenziale ad alto valore possono essere suddivisi in tre classi che tengono conto dello stato di salute raggiunto o mantenuto, del tipo di processo assistenziale intrapreso e della fase di convalescenza e della sostenibilità dello stato di salute conseguito e quindi degli effetti a lungo termine del trattamento.

Il Programma nazionale esiti (Pne) rappresenta certamente un punto di partenza importante per la misurazione degli esiti. Come già accennato precedentemente, gli esiti monitorati dal Pne si concentrano principalmente su *proxy*, quali indicatori di processo dell'assistenza, volumi di attività e indicatori di ospedalizzazione che sono utili per rilevare l'efficienza manageriale delle strutture ma che danno, solo in maniera parziale, informazioni sul reale percorso di cura intrapreso dal paziente. Un completo e puntuale monitoraggio della qualità delle prestazioni prevede sia misurazioni dei processi ma, soprattutto, valutazioni relative agli esiti di salute. Come descritto in allegato in riferimento alla situazione dell'Italia, potrebbe essere infatti utile un monitoraggio che tenga conto dell'individuazione di una serie di *Key Performance Indicators* (Kpi) che, rilevabili da database amministrativi, da Sdo o da flussi già esistenti e in maniera omogenea in tutte le Regioni (e quindi confrontabili), potrebbero essere utilizzati come strumenti di valutazione di indicatori di esito aggiuntivi rispetto a quelli già elaborati nell'ambito del Pne. Tali indicatori dovrebbero essere numericamente limitati, ma dovrebbero riguardare gli snodi fondamentali di qualsiasi percorso di cura ed essere in grado di valutare l'appropriatezza clinica ed economica dei trattamenti erogati. Con tali indicatori dovrebbe essere possibile, quindi, valutare l'appropriatezza clinica, economica e di percorso. Ovvero il valore complessivo del percorso assistenziale.

Proprio a partire da ciò, il monitoraggio degli indicatori di processo intrapreso grazie al Pne dovrebbe potersi integrare con strumenti di analisi e monitoraggio degli esiti di salute osservati nel-

la pratica clinica in modo da valutare la qualità assistenziale e incentivare i diversi erogatori a perfezionarsi e adottare buone pratiche nella presa in carico della popolazione, producendo informazioni aggiuntive volte a formulare elementi che possano contribuire alla definizione congiunta della misurazione del valore.

Gli esiti di salute da monitorare potrebbero essere i seguenti:

- Esiti strettamente clinici che valutano se la terapia erogata abbia effettivamente determinato un esito atteso, rispondendo alle aspettative iniziali e potrebbero essere a loro volta suddivisi in indicatori relativi ai *marker* clinici, alle complicanze acute, alle eventuali recidive e relative complicanze, alla mortalità, morbosità e comorbidità.
- Esiti funzionali e relativi alla qualità della vita che forniscono informazioni circa le funzionalità del paziente in seguito al trattamento, indicando se l'andamento delle funzionalità risponde a quanto ci si era prefissati prima di intraprendere la terapia specifica. Tali elementi di misurazione potrebbero essere declinati a loro volta in indicatori relativi ai livelli generali dell'attività fisica, alla valutazione di esperienza (PREMs) e agli *outcome* (PROMs) riferiti¹.

Nell'ottica di individuare *outcome* standardizzati e globalmente riconosciuti, è stato fondato l'Ichom (*International Consortium for Health Outcome Measurement*) con lo scopo di sviluppare e definire un set minimo di *outcome* per patologia, di condividere le buone pratiche relativamente alla raccolta, alla verifica e al *reporting* di dati clinici necessari alla definizione degli esiti di salute.

Nell'ottica di contenere i costi erogando un'assistenza ad alto valore, è necessario misurare tali *outcome* per ciascun paziente, sulla base del livello di avanzamento della patologia. Occorre però considerarli all'interno dell'intero processo o ciclo assistenziale, così da quantificare le spese per le risorse impiegate, il personale, la tecnologia impiegata, il costo dei sistemi informativi, etc., in modo che possano essere più facilmente *accountable* e fruibili dal cittadino/paziente in funzione anche della sua libertà di scelta.

Riorganizzazione delle modalità di finanziamento dell'assistenza

Parte prima: i Drg

Nel corso della trattazione si è visto che i modelli di finanziamento utilizzati nei Paesi indice determinano una rilevante influenza sul valore dell'assistenza. Il meccanismo spesso utilizzato nella determinazione dei finanziamenti sanitari, con riferimento alle attività in acuto, è il sistema dei

¹ PROMs è l'acronimo di *Patient-Reported Outcome Measures*, ovvero misure di esito riportate dal paziente; PREMs è l'acronimo di *Patient-Reported Experience Measures*, strumenti standardizzati che vengono utilizzati per catturare l'esperienza complessiva del paziente in ambito sanitario attraverso score di soddisfazione e qualità percepita.

Drg (*Diagnosis-related group*). Comprendere a fondo quali sono gli aspetti positivi e negativi di tale meccanismo di finanziamento è un esercizio fondamentale per ripensare il funzionamento dei sistemi sanitari e poter continuare a garantire i principi del Ssn: migliorare l'accesso al sistema, introdurre l'innovazione in maniera sostenibile, garantire una più razionale allocazione delle risorse, ridurre al minimo l'inappropriatezza ospedaliera divengono, perciò, elementi imprescindibili nell'ambito di una revisione ed integrazione dei sistemi di finanziamento.

In particolare, da una analisi di scopo della letteratura relativa al Drg (6) come strumento a supporto della programmazione sanitaria, della *governance* e della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, emergono pareri contrastanti.

Aspetti positivi

Nel contesto sanitario italiano (7), a seguito dell'utilizzo dei Drg non si sono verificati gli effetti negativi paventati dalla letteratura macro-economica a priori, quali il contingentamento delle cure per diminuire i costi, le dimissioni "accelerate" di pazienti con patologie meno remunerative, le riduzioni improprie dei giorni di degenza e la manipolazione della scheda di dimissione ospedaliera. Infatti, in Italia, sono stati adoperati, sin da subito, strumenti per contenere possibili comportamenti inadeguati, o finanche opportunistici, da parte degli ospedali quali, ad esempio, l'adeguamento delle tariffe alle caratteristiche della rete ospedaliera.

Nell'esplicitare i fattori critici di successo del sistema Drg si può ritenere (8), che, sebbene le modalità applicative ed i livelli di implementazione ad esso connesse differiscano anche notevolmente da Paese a Paese, il comune denominatore è rappresentato dal fatto che l'utilizzo dei Drg non è mai limitato al solo finanziamento e che l'obiettivo guida alla sua adozione è stata la trasparenza, in termini di misurazione del prodotto ospedaliero, mentre l'applicazione al finanziamento è giunta solo in un secondo momento. Un altro fattore di successo che ha contribuito all'ampia diffusione del sistema Drg è dato dalla possibilità di adattare il sistema in ogni singolo Paese o anche a livello di singolo territorio regionale senza dover necessariamente intervenire negli algoritmi di attribuzione o nei sistemi di classificazione.

A seguito dell'introduzione del pagamento prospettico basato sui Drg, una delle conseguenze più importanti riscontrate (9), è stata quella di contribuire a creare una fonte fondamentale di raccolta di dati alimentanti alcuni tra i sistemi informativi sanitari attualmente disponibili: un flusso informativo corrente, su base nazionale, in grado di fornire i dati relativi all'entità e alla tipologia del "prodotto" ospedaliero.

In sintesi, tale sistema permette:

- un maggior controllo e contenimento della spesa sanitaria (10);
- una maggiore chiarezza dell'attività di ricovero degli erogatori, mediante la definizione del *case-mix* (11) dell'ospedale;
- una maggiore accuratezza nel monitoraggio degli indicatori di *performance* (11) standardizzati, permettendo così di rilevare, in maniera retrospettiva, eventuali lacune nella qualità delle prestazioni e di mettere in atto interventi correttivi.

Aspetti critici

Tuttavia, non si possono trascurare riflessioni critiche rilevate in letteratura a seguito dell'implementazione del sistema di rimborso basato sul Drg. L'elemento di maggiore criticità che emerge più frequentemente è rappresentato dalla scelta dei pesi (12). A tal proposito, si ritiene opportuno ribadire che la tariffa Drg corrisponde ad un quid di consumo di risorse, quest'ultimo è rappresentato dal peso relativo specifico del singolo Drg. Di conseguenza, la tariffa concordata per il rimborso fra committenti ed erogatori di prestazioni rappresenta, sulla base del suo peso relativo, un consumo standard di risorse che è necessario per erogare le prestazioni compendiate nel Drg specifico (13).

Si può, quindi, dedurre, che i pesi, sebbene siano sottoposti a una continua manutenzione a livello internazionale, dando vita a versioni di Drg sempre più aggiornate, non sono in grado di dare indicazioni sul costo in termini assoluti, bensì in termini relativi rispetto alla media su tutti i ricoveri.

Nonis e Rosati (14), in uno dei loro scritti, affrontano la criticità della variabilità interna dei Drg evidenziando che la tariffa correlata a ciascuno di essi non rappresenta adeguatamente l'effettiva onerosità del ricovero, incrinando la logica iso-risorse su cui si basa l'attuale sistema di remunerazione, ossia l'accettazione implicita che la variabilità interna a ciascun Drg si "neutralizzi" in termini economici.

Uno dei limiti del Drg, si ritiene possa risiedere (15) nella considerazione in merito alle caratteristiche patologiche non incasellabili in classificazioni predeterminate. Pur essendo un metodo che cerca di suddividere i pazienti in gruppi omogenei sulla base delle loro caratteristiche patologiche, tuttavia esso non riesce a rispecchiare la variabilità di casi che si possono concretamente verificare. La necessità di tener conto nei Drg dei livelli della malattia si riflette anche sui profitti delle unità di offerta che risultano essere inversamente correlate alla gravità della patologia.

Saita (16), nel suo libro riconferma come le tariffe, attraverso i Drg, tendano a non remunerare completamente la prestazione sanitaria erogata. Attualmente, non è possibile stabilire con esattezza i costi effettivi sostenuti nei percorsi diagnostici terapeutici. Di fatto, nel ricostruire l'iter assistenziale di un paziente, in ogni organizzazione si rilevano varie divergenze tra i costi di produzione e i Drg. Tale problematica, secondo l'autore, deriva dai sistemi di misurazione adottati e si ripercuote sulle aziende sanitarie pubbliche, che peraltro sono obbligate a svolgere anche prestazioni sanitarie non remunerative. Di conseguenza, esse si presentano tendenzialmente in perdita, con importanti conseguenze sull'equilibrio aziendale e del gruppo sanitario regionale.

Di seguito vengono sintetizzate alcune delle criticità riscontrate, secondo gli studiosi, adottando il peso Drg (17) (18):

- non permette la realizzazione dell'approccio orientato all'utenza, né del calcolo del costo individualizzato per episodio di ricovero;
- non permette di avviare una programmazione delle risorse poiché esso è onnicomprensivo;
- pazienti aventi lo stesso peso Drg possono dar luogo a prestazioni sanitarie molto diverse, con la conseguenza che, a parità di Drg, vengono svantaggiate le unità che curano pazienti più gravi di quelli presenti in altre strutture;
- non permette di tener conto delle scelte strategiche di un dato ente;

- non essendo costruito sulla base dei dati dell'azienda non riflette la realtà dell'azienda medesima;
- non permette di avere una visione completa della gestione, ma parziale;
- esso aumenta successivamente al lavoro di altre unità, alle quali però non viene riconosciuto, in termini di incremento relativo di peso, tale lavoro, ma solo come aumento dei costi;
- essendo un sistema elaborato a partire da realtà statunitensi e da profili di cura e dal costo dei fattori produttivi diversi rispetto a quelli del nostro Paese, spesso non è coerente con l'effettivo utilizzo di risorse;
- induce ad errori di valutazione gestionale. Ad esempio chi adotta tale sistema è portato a confrontare i costi di un dato reparto con il totale dei pesi Drg derivanti dai dimessi dalla struttura medesima: tanto più basso sarà il risultato di tale rapporto (definito spesso "costo per punto"), tanto più efficiente si suppone la gestione della struttura esaminata.

Crupi (17), afferma che se non si conoscono i contenuti delle degenze relative alla stessa tipologia di Drg, in termini di servizi/attività offerti, che possono variare da ricovero a ricovero. In tale contesto, risulta, perciò, difficile comprendere la motivazione della differenza nei costi, né tanto meno sarebbe possibile una corretta comparazione tra l'importo economico di un ricovero di gravità elevata con uno di bassa gravità. Inoltre, tale sistema influenzerebbe negativamente la qualità, l'appropriatezza e l'equità nell'erogazione delle prestazioni (19). Per quanto riguarda il primo aspetto, va ricordato il rischio di dimissione troppo precoce dei pazienti con un'eccessiva riduzione della durata di degenza. In merito al secondo aspetto, un aumento del numero dei ricoveri per le categorie di pazienti, le cui tariffe sono superiori al costo marginale di produzione, causerebbe un aumento dei ricoveri inappropriati. Infine, la possibilità di selezionare, entro ciascun Drg, pazienti che presentano costi inferiori alla tariffa stabilita, con la creazione di problemi di *accessibility* e una conseguente riduzione dell'equità del Sistema.

Tale tesi è confermata dai risultati del Rapporto Osservasalute 2009 (20). Il sistema Drg, introdotto come sistema di finanziamento e non di monitoraggio dell'assistenza permette di avere alcune indicazioni sull'esistenza di forte variabilità tra le Regioni nell'assistenza ospedaliera. I rilevanti flussi di mobilità ospedaliera suggeriscono, infatti, l'esistenza di differenze rilevanti nell'accesso e nella qualità dell'assistenza.

Russo (21), in uno dei suoi elaborati sottolinea che le tariffe essendo basate a seconda delle categorie di appartenenza sui Drg, nonché sulle giornate di degenza (come prima della riforma che introduce i Drg) e/o sulle categorie diagnostiche principali (Mdc) necessitano di meccanismi di controllo basati sull'appropriatezza della durata delle degenze e sul mantenimento dell'efficienza, la quale rischia di essere minata da questo tipo di parametro utilizzato per il calcolo.

Inoltre, Amaddeo e Bonizzato (22) in uno dei loro articoli, affermano che la scarsa sensibilità dei Drg rispetto alla gravità clinica dei pazienti ricoverati penalizza selettivamente gli ospedali che ricoverano principalmente i soggetti più gravi ed affetti da patologie più complesse.

L'analisi eseguita dal gruppo di lavoro del Progetto Mattoni del Ssn (23) con riferimento alla casistica ospedaliera pediatrica, ad esempio, ha confermato l'inadeguatezza della classificazione Drg a rappresentare con esaustività, omogeneità ed analiticità tale casistica. Queste insufficienze

classificatorie comportano non solo delle incongruenze nella descrizione della casistica trattata dagli ospedali e della relativa complessità, ma soprattutto il conseguente indebolimento del livello di equità del sistema di remunerazione.

Il sistema, insomma, può e deve essere migliorato, come accade, ed è già accaduto, in altri Paesi ma, anche, come sta accadendo in questo periodo in Italia in Italia (24).

In particolare, il sistema Drg dovrà, quindi, abbandonare una visione prioritariamente "contabile" del settore sanitario per considerare sempre di più la sintesi tra innovazione, tecnologica ed organizzativa, sia diagnostica sia terapeutica e l'accesso universalistico alle prestazioni sanitarie stesse.

I cardini su cui il sistema Drg italiano si sta orientando verso una nuova modellizzazione, dovrebbero essere i seguenti:

- Revisionare il sistema di codifica e classificazione delle diagnosi e delle procedure, chirurgiche e non, utilizzati nelle Schede di Dimissione Ospedaliera e dei, conseguenti, sistemi di classificazione dei ricoveri ospedalieri per acuti (Drg):
 - aggiornamento della codifica delle diagnosi in modo che i nuovi codici per le diagnosi derivino dal nuovo sistema di codifica ICD-10-IT che deriva dalla *International Classification of Diseases 10th Revision*, adattata al contesto clinico ed epidemiologico italiano;
 - aggiornamento dei codici delle procedure mediche e chirurgiche in modo che i nuovi codici per le procedure, chirurgiche e non, derivino dai codici ICD-9 italiani riadattati nel rispetto dell'innovazione tecnologica e organizzativa che comporta l'introduzione di nuovi approcci terapeutici, soprattutto in ambito chirurgico. Infatti, non può essere trascurata la sempre maggiore possibilità di intervenire su condizioni considerate "inoperabili" fino a 10-20 anni fa con tecniche sempre meno invasive ma maggiormente efficaci. Inoltre è auspicabile una "Commissione" che periodicamente possa aggiornare il sistema di codifica delle procedure.
- Revisione del sistema Drg modificando il sistema statunitense (versione 24, attualmente in uso in Italia) al fine di adattarlo maggiormente alla casistica acuta trattata negli ospedali italiani, mutata rispetto a quella di 20 anni fa, anche in conseguenza della transizione demografica ed epidemiologica, e per consentire un'adeguata *governance* e remunerazione. In particolare il nuovo sistema dovrebbe superare il concetto di "Drg complicato", che presumibilmente non esisterà più, ed introdurre piuttosto una classificazione maggiormente focalizzata sulle risorse, soprattutto procedurali, consumate e non più principalmente sulle diagnosi, come accade oggi. Inoltre, il nuovo sistema dovrebbe superare il concetto di "Drg pediatrici" e attribuire ai ricoveri di pazienti di età compresa tra 0 e 17 anni un impegno di risorse diverso allo stesso Drg prodotto dal ricovero del paziente adulto.
- Aggiornare il sistema di ancoraggio delle risorse impiegate ai relativi costi del Drg. Ovvero, creare un sistema di pesi relativi e, anche un modello di determinazione dei costi associati con l'obiettivo di definire gruppi clinicamente omogenei ed iso-risorse per generare i pesi re-

lativi che saranno soggetti a fattori di aggiustamento, al fine di rendere conto della variabilità nel consumo di risorse tra i ricoveri. Tali fattori di aggiustamento dei pesi potrebbero essere:

- le caratteristiche del paziente (età, patologie concomitanti, complicanze);
- le caratteristiche del ricovero (regime del ricovero, interventi multipli);
- le caratteristiche della struttura del ricovero (presenza di attività di ricerca e/o didattica universitaria; complessità organizzativa).

Quanto si auspica è che i nuovi sistemi debbano, inoltre, caratterizzarsi per modalità di finanziamento non per prestazione ma per processo, permettendo un rimborso in relazione al valore dello stesso. Tale processo potrebbe essere, infatti, finanziato in forma differente in relazione ai differenti *outcome* di salute riscontrati. **Ragion per cui un ospedale che eroga cure efficienti e di maggiori qualità potrebbe e dovrebbe essere maggiormente remunerato.**

Solo così si potrebbero premiare le strutture che garantiscono al cittadino/paziente servizi di qualità e più efficaci, rendendo più appetibile anche il mercato delle prestazioni non ospedaliere e territoriali, offrendo prestazioni per patologia centrate sulle specifiche necessità.

Parte seconda: l'implementazione dei *bundled payment* e ristrutturazione del finanziamento privato in sanità.

Come descritto nei paragrafi precedenti, negli ultimi anni, in molti Paesi europei quali la Germania, ma anche negli Stati Uniti, stanno aumentando i cosiddetti *bundle* ovvero finanziamenti con importo fisso, pagati dal *payer* (Stato, mutua o assicurazioni private, a seconda del sistema sanitario considerato) ad un *provider* che gestisce tale finanziamento, al fine di erogare una serie di servizi attraverso le proprie strutture o in rete con altri. Tali finanziamenti possono riguardare sia "pacchetti" di assistenza destinata a pazienti cronici (il finanziamento si riferisce a cicli di cura, ripetibili per tipologia di pazienti) o a rischio di sviluppare patologie croniche - così come avviene in Germania nella regione del *Kinzigtal* – (25, 26) o a pazienti acuti che devono subire un intervento e una fase riabilitativa successiva, così come avviene nei programmi statunitensi citati nella relativa scheda Paese. Lo scopo, in entrambi i casi, è quello di incoraggiare chi garantisce l'erogazione del servizio a fornire assistenza di qualità, coordinata e integrata, evitando gli sprechi e migliorando l'appropriatezza delle prestazioni ricevute. Tale strategia prevede che gli erogatori possano essere considerati pienamente responsabili dell'assistenza erogata e, di fatto, costituisce un incentivo a fornire prestazioni integrate, in un *setting* corretto e secondo scadenze prestabilite.

Ad ogni modo, una delle modalità di finanziamento più efficace per un'assistenza di valore è proprio rappresentata dai *bundled payment*, quali finanziamenti che coprono un intero processo assistenziale per le patologie acute, la presa in carico complessiva per un periodo definito per le malattie croniche o servizi di tipo preventivo per una specifica popolazione di cittadini/pazienti. I finanziamenti *bundled* vengono pertanto definiti sulle necessità specifiche dei singoli pazienti, pre-

vedendo degli incentivi qualora si raggiungessero risultati di salute oltre le aspettative. A partire da tali premesse e in linea con l'analisi comparativa dei capitoli 3 e 4, è chiaro come il tema dei meccanismi di finanziamento del Ssn ricopra un ruolo cruciale nel percorso che ha, come fine ultimo, quello di continuare ad assicurare la sostenibilità del sistema garantendo, nel contempo, l'accesso alle cure rapido ed equo per tutti i cittadini. Come già specificato in precedenza, si stima che il 2% della spesa sanitaria totale sia intermediata in Italia (Istat 2016) e che tale dato sembra destinato ad aumentare in considerazione del sempre maggiore ruolo ricoperto dai fondi sanitari integrativi. Al riguardo, se si considerano le nuove modalità di finanziamento, risulta indispensabile la possibilità di strutturare armonicamente l'investimento privato, in modo che possa essere garantita un'assistenza di qualità a supporto dei servizi già erogati dal Ssn - secondo strategie comuni e non sovrapposte - proprio attraverso fondi integrativi e assicurazioni. Sempre più spesso, infatti, si fa riferimento a modalità di cura integrative o complementari. I sistemi di tipo *Bismarck* possono facilitare l'introduzione di tali strumenti ma, di certo, anche in un servizio sanitario pubblico come quello italiano - dove la quota di investimento in salute *out-of-pocket* è sempre crescente - l'accesso a fondi di investimento o assicurazioni rappresenta un'opzione potenzialmente valida qualora si inserisca all'interno di una comune cornice programmatica.

Associazioni di categoria, assicurazioni, istituzioni di governo dovranno facilitare l'intermediazione e un'evoluzione del finanziamento del sistema in cui sia tutelato l'investimento privato del cittadino/paziente. Inoltre, la riorganizzazione della spesa privata dei cittadini in salute non può prescindere da un livello di verifica centrale capace di tutelare, anche in questo caso, l'equità a livello sia interregionale che intra regionale, in termini di qualità delle cure e esiti di salute ottenuti.

Integrazione dell'assistenza nonostante organizzazioni istituzionalmente separate

L'assistenza deve essere organizzata in considerazione dei bisogni dei pazienti, e, quindi avendo ben presenti le condizioni e patologie della popolazione. Il superamento dei modelli di erogazione delle prestazioni basati sulla logica dei "silos" deve permettere la massimizzazione del valore per il paziente contribuendo al raggiungimento di risultati di salute ottimali che dovranno essere allineati al sistema valoriale di ciascun individuo (valore personale). Inoltre, tale riorganizzazione dovrà tenere conto della distribuzione delle risorse a differenti gruppi di popolazione (valore allocativo) e di come esse vengono appropriatamente usate (valore tecnico) (27).

Come già ribadito nei paragrafi precedenti, al fine di eliminare la frammentazione e la duplicazione dei servizi e, quindi, di ottimizzare l'assistenza erogata, occorrerebbe riorganizzare i servizi già esistenti in maniera integrata attraverso la definizione di uno scopo comune per quei servizi (da organizzare, infatti, in base ad uno specifico problema di salute/condizione medica), la concentrazione dei volumi in poche strutture e definendo per le diverse categorie di pazienti caratterizzati da condizioni comuni, percorsi tra i vari servizi affinché l'assistenza erogata si presenti altamente integrata ed efficace.

Come evidenziato già nel Report "*Le sfide di oggi per la sanità di domani: l'evoluzione delle modalità di finanziamento dei sistemi sanitari nazionali (2017)*" a cura di Aiop Giovani e

VI.H.T.A.L.I., la correlazione positiva tra spesa sanitaria totale e spesa ambulatoriale, secondo i dati Ocse, si evidenzia sia per Stati con sistema di finanziamento prevalentemente pubblico (Canada, Svezia, Italia) che privato (Stati Uniti). Questa evidenza dimostra, pertanto, che il sistema salute si sta già orientando verso una prospettiva meno ospedalocentrica e più propensa a promuovere l'assistenza primaria o l'integrazione degli ospedali in reti che vedono, tra gli attori principali, le strutture del territorio sia pubbliche sia private.

Proprio la promozione di un'organizzazione "a rete", organizzata per livelli di intensità di cura, definendo gli interventi da implementare in un'ottica di medicina di popolazione basata sul valore e sulla stratificazione della popolazione in funzione del rischio diviene sempre più fondamentale.

Un sistema sanitario rinnovato, che si fondi sulla triplice dimensione del valore, dovrà quindi essere in grado di:

- allocare le risorse nel miglior modo possibile nei vari programmi e livelli assistenziali;
- garantire la fornitura di trattamenti costo-efficaci, basati sull'evidenza, e il disinvestimento da quelli con scarso valore;
- aiutare il cittadino ad avere accesso alle cure con modalità che rispettino il suo valore personale.

È quindi importante costruire dei percorsi di cura che tutelino queste premesse.

I percorsi sono definiti come il "tragitto" che la maggior parte dei pazienti percorre attraverso la rete sanitaria, dove per rete si intende l'insieme di tutte le organizzazioni ed i professionisti che lavorano per il raggiungimento dell'obiettivo del sistema. (27)

Il cambiamento culturale porta a una forte chiamata a gestire sistemi, reti e percorsi di assistenza per patologia e non soltanto organizzazioni burocratiche. Nella storia recente, la via più utilizzata per prevenire e mitigare gli effetti della complessità è stata, infatti, la burocrazia, non negativa di per sé, giacché originariamente adatta a creare ordine, ma, purtroppo, in poco tempo diventata pachidermica e inefficace a gestire sistemi adattativi complessi come quello sanitario. La chiave di volta è riportare la sanità vicino alle necessità del cittadino e ai bisogni del paziente, focalizzandosi non sulla gestione dei servizi, ma sulle problematiche di salute.

In tale ottica, il contributo della sanità pubblica moderna influenza e orienta l'assistenza sanitaria verso le popolazioni, spostando l'attenzione dalla qualità e dalla sicurezza al valore e all'equità, dal volume delle prestazioni e servizi agli *outcome* ed alla valutazione costante dei risultati in termini di impatto sulla salute del singolo e della popolazione (27).

L'uso del termine "sistema" può essere utilizzato, in questo caso, per descrivere un insieme di attività che si concentrano su problemi sanitari relativamente complessi propri di un gruppo specifico di popolazione (ad esempio, un sistema per il supporto di persone anziane con problemi di salute molteplici e/o di assistenza sociale, donne migranti in gravidanza, pazienti con diabete che necessitano di cure domiciliari integrate, etc.).

L'Italia sta vivendo un momento di forte riorganizzazione in ambito sanitario. Dopo 15 anni di federalismo sanitario incompleto, le riforme politiche attuate a seguito delle recenti normative di settore stanno riportando verso un neo-centralismo con pesi e misure differenti rispetto al passato e, perciò, con assetti ed equilibri ancora da trovare.

Il sistema salute Italia vive, oggi, problemi già affrontati altrove. Ad esempio il servizio sanitario inglese, in risposta ad analoghe criticità rispetto a quelle del nostro Paese, sta lavorando alla strutturazione di 30 programmi e di 100 grandi sistemi di cura per patologia basati sulla popolazione. Essi riflettono il carico di patologia cui la sanità britannica deve far fronte. I primi venti sono basati sull'*International Classification of Diseases (ICD)*, disposti in ordine di spesa per categoria di bilancio di programma assistenziale (28) (29); ciascuno di essi racchiude in sé un gran numero di malattie rare, nonché di problemi comuni e associati a un programma specifico di intervento multidisciplinare.

Tale approccio per patologia, unitamente alla identificazione di sistemi basati sulla popolazione con budget dedicati, può rappresentare, anche nel nostro Paese l'approccio da considerare per proteggere il valore e l'equità in sanità, rispettando la fase di attuale forte riduzione del budget dedicato alla sanità e favorendo la successiva obbligata fase di riallocazione. Problemi sicuramente maggiori rispetto al contesto inglese, l'Italia li evidenzia nel versante della disponibilità di dati e della cultura dei professionisti.

Se sul primo aspetto si può e deve lavorare a breve termine, per il secondo il percorso è più lungo e complesso. È auspicabile che in questo processo vecchie e nuove Istituzioni mettano in gioco la leadership necessaria a far decollare modelli basati sull'approccio Sistemi, Reti e Percorsi e supportare i *decision maker* nella costruzione di programmi e sistemi sanitari per patologia.

Il paziente al centro del Sistema Salute

L'Italia, che dalla sintesi di culture differenti e di prospettive divergenti, è riuscita sempre a fortificarsi, è chiamata in ambito sanitario a mettere assieme tutte le sue migliori forze e le sue risorse, dimenticando alcune divergenze strutturali, per dare inizio a una rivoluzione *culturale* condivisa, che abbia come solo e unico obiettivo il bene del paziente, del cittadino e del Paese.

La prospettiva del paziente è, infatti, fondamentale. Se vogliamo assicurare che il maggior valore possibile sia riconosciuto al paziente, è necessario facilitare "il viaggio" di ogni cittadino all'interno dei servizi sanitari, dall'inizio alla fine del suo percorso. Ciò presuppone non soltanto il coordinamento di tutti gli elementi propri delle strutture sanitarie, ma anche la riconnessione dei rami del sistema sanitario e sociale nel suo insieme. È necessario, insomma, *ribaltare il ragionamento*, non focalizzandosi esclusivamente sui costi della sanità, ma definendo quale valore, quali opportunità e quanta salute viene creata.

Tra cambiamenti strutturali e cambiamenti di cultura. In questo contesto la "struttura", ovvero l'organizzazione burocratica, diviene l'elemento più semplice da modificare e pertanto, l'oggetto più frequente di cambiamento, sebbene rappresenti la dimensione meno rilevante se comparata agli aspetti delle conoscenze, delle relazioni e degli atti clinico-assistenziali.

La complessità dei servizi sanitari non permette, oggi, di identificare nessuna struttura assolutamente “giusta” e l’impatto delle diffuse modifiche delle stesse è risultato essere marginale nell’orientare e informare il comportamento dei pazienti, la pratica clinica ed il lavoro di squadra dei professionisti e degli operatori sanitari, principali determinanti della qualità, della sicurezza e dei costi dei servizi erogati. Se modificare la “struttura” non paga nel breve termine, la soluzione è - di nuovo - ribaltare il ragionamento, ovvero cambiare “organizzazione” e “cultura”.

Proprio per l’importanza strategica continuamente focalizzata alla centralità del paziente e ai nuovi approcci culturali, negli altri Paesi analizzati in confronto con l’Italia, il coinvolgimento del cittadino/paziente, sia come target di interventi di *e-health* che per il monitoraggio delle strutture sanitarie, assume sempre di più una valenza fondamentale per il corretto funzionamento del sistema nel suo complesso. In Canada, ad esempio, il *Canadian Health Services and Policy Research Alliance* (Chspra) promuove la collaborazione, il coordinamento e gli investimenti strategici tra i servizi sanitari e gli enti di ricerca attraverso strategie mirate.

Altro esempio importante di sinergia tra tecnologia, innovazione e centralità dell’utente è l’*e-card* ovvero un’infrastruttura telematica, idonea per l’interconnessione tra compagnie di assicurazione sanitaria, medici ed ospedali che si sta implementando in Germania.

In un momento storico segnato dall’*empowerment* del cittadino, dalla consapevole circolazione dei pazienti e dalla necessità di maggiore trasparenza ed *accountability*, è importante iniziare a valutare l’offerta dei servizi di salute e la capacità dei servizi stessi di attrarre e comunicare con i pazienti attraverso nuovi canali di comunicazione.

Le ultime stime relative all’Italia ricordano che circa il 55,5% dei cittadini dispone di accesso al web (30). La stima arriva all’80% considerando l’utilizzo di Internet tramite smartphone (30) ed un segnale inatteso è dato dall’analisi della diffusione dell’utilizzo del web 2.0 per fascia di età. Se in Italia la popolazione più anziana è decisamente meno digitale che altrove, quando utilizza Internet è, invece, molto portata per i social *network* e le piattaforme multimediali: oltre il 60,0% degli utenti Internet italiani over 64, infatti, utilizza canali web 2.0. Negli Stati Uniti sono solo il 43%. Per quanto riguarda, invece, la fascia di età 50-64 anni, il 60,0% degli americani usa i social *network*, mentre in Italia è il 75,0% (30).

Nonostante questa crescita, oltre il 30% di Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e Policlinici Universitari sembra ancora riluttante ad utilizzare le potenzialità del web 2.0 come strumento di promozione della cultura della salute e di informazione al cittadino.

Altro strumento oggi a disposizione dei cittadini/pazienti per essere parte dei processi di cura, soprattutto per il versante del monitoraggio e la definizione di scelte di salute consapevoli, è il *Public Reporting*. Il *Public Reporting* (Pr), inteso come diffusione al pubblico di informazioni sulle *performance* ospedaliere di erogatori “non-anonimi”, organizzate secondo un metodo comparativo, è legato al miglioramento della qualità dell’assistenza ospedaliera attraverso le leve della selezione e del cambiamento, a loro volta determinate dalla disponibilità di informazioni comparative ad uso di fruitori “esterni” – cittadini – e “interni” – organizzazioni e professionisti. (31)

Negli ultimi decenni il settore sanitario ha assistito a grandi mutamenti, destinati inevitabilmente a modificare da un lato il modo in cui i cittadini potranno rivolgersi ai servizi sanitari dall’altro il

modo in cui le strutture ospedaliere verranno chiamate a “rendersi conto, per rendere conto” delle prestazioni erogate.

Servirà sempre più un rapporto biunivoco tra sanità e utenti al fine di promuovere la trasparenza e le scelte informate dei consumatori e stimolare il miglioramento della qualità delle cure, aumentando la responsabilità degli erogatori rispetto alla loro offerta.

Espansione delle buone pratiche oltre il limite geografico

Per le ragioni sopra espresse, è opportuno interrogarsi su come cambiare al meglio l'organizzazione anche attraverso la diffusione di una nuova cultura collaborativa per il superamento del cosiddetto “limite geografico” del sistema salute. Per farlo bisogna prendere in considerazione quali sono i possibili cambiamenti da un punto di vista di *governance* del sistema e di *delivery* dei servizi.

Come sopra ricordato, il futuro passa per la promozione di un sistema integrato e omogeneo sul territorio nazionale che sia calibrato sulle specifiche caratteristiche epidemiologiche e demografiche della popolazione, che sia coerente con bisogni di salute della popolazione, facilitando l'accesso alle cure della persona/cittadino e del paziente, permettendo l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, la creazione di sistemi di cura per patologia e il supporto di soluzioni digitali che ottimizzino il processo di gestione del paziente. Come si è detto, la costruzione di ospedali periferici, altamente equipaggiati e ricchi di tecnologie all'avanguardia non rappresenta (da sola) una modalità per erogare assistenza ad alto valore, occorre ripensare le strutture sanitarie che non erogano assistenza di base, con una logica che oltrepassi i limiti geografici. Tra le modalità che possono contribuire a superare il limite geografico si riscontrano, per quanto riguarda il *delivery*, il modello *hub&spoke* e la messa in rete dei vari *provider* che, permettendo la condivisione delle stesse strutture, evitano duplicazioni di servizi o difficoltà nell'accesso da parte dei pazienti (6). L'esempio di alcune reti di patologia rappresenta una applicazione concreta di questo approccio. La possibilità di condividere protocolli comuni, modalità di accesso alle strutture territoriali per severità della patologia, esiti dei trattamenti erogati e dati inerenti i singoli casi trattati, costituiscono tutti elementi che concorrono ad un'ottimizzazione del processo di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Costruzione di base dati e implementazione di sistemi informativi efficaci

Le precedenti componenti possono essere implementate con successo se l'evoluzione dei sistemi informativi privilegerà un approccio trasversale e plurifunzionale. Fondamentale sarà raccogliere i dati, provenienti dai vari servizi e per l'intero ciclo di cura, con una logica di aggregazione basata sui pazienti e non sulle specialità o sui dipartimenti. Tali sistemi dovranno adottare un linguaggio univoco per tutte le tipologie di dati da registrare e, allo stesso tempo, comprensibile da tutti i diversi professionisti che avranno in cura quel dato paziente. La piattaforma dovrà essere facilmen-

te accessibile e fruibile dai diversi professionisti e dovrà essere dotata di *template* che permetteranno di programmare e standardizzare tutti i processi. Inoltre, l'architettura della piattaforma dovrà prevedere un'estrazione ed elaborazione dei dati semplice e con funzionalità in grado di poter realizzare agevolmente analisi ed approfondimenti utili alla programmazione e controllo delle attività sanitarie. Tali componenti appaiono distinte, ma si rinforzano a vicenda. Ad esempio, l'organizzazione in Unità di Assistenza Integrata (Ipu) rende ottimali le misurazioni dei risultati di salute e dei costi. Una migliore valutazione di *outcome* e costi facilita la definizione dei finanziamenti *bundled* e una piattaforma informativa comune induce collaborazione e coordinamento all'interno dei *team* assistenziali, ed al contempo facilita l'estrazione, la valutazione e il *reporting* di *outcome* e dati.

Infatti, il continuo invecchiamento demografico della popolazione e il conseguente aumento della prevalenza delle patologie croniche, assieme alla rivoluzione del dato (data e *big data analytics*) e della medicina personalizzata, rivestono un ruolo preponderante nel determinare i nuovi modelli organizzativi dei sistemi sanitari della sanità del domani. A prescindere dal sistema di finanziamento (pubblico, privato, misto), gli *stakeholder* e i *policy maker* devono tenere sempre di più in considerazione sia i mutati bisogni di salute della popolazione, sia una domanda di assistenza sanitaria da parte dei singoli sempre più esigente. Per fare ciò risulta necessario ottenere, saper gestire e conferire adeguato valore ai dati ottenuti attraverso l'adozione di percorsi di prevenzione, di diagnosi, di presa in carico e di cura e riabilitazione.

Non c'è limite, teoricamente, alla quantità di dati che possono essere "catturati" e conservati, le tecnologie dell'informazione (It) hanno stravolto il mondo in cui viviamo, e i sistemi sanitari non possono da essi prescindere. In particolare, i dati digitali sono più rapidamente disponibili e attraverso essi i nuovi sistemi informativi possono essere integrate (ad esempio, un medico può compilare una cartella da un dispositivo portatile che invia i dati automaticamente ad un computer centrale; un paziente dimesso può usare internet, il telefono cellulare e dispositivi di tele-medicina per inviare dati da casa ed essere costantemente monitorato anche nel *follow up*). L'informazione rappresenta un elemento essenziale in sanità e il libero accesso a essa consente scelte più appropriate sia a livello di organizzazione sanitaria sia a livello individuale, aumentando la qualità di vita dei pazienti/cittadini e la produttività dei sistemi sanitari. La condivisione di dati e informazioni ha il potenziale di trasformare la medicina e i sistemi sanitari; il modo migliore per la loro diffusione è il web, mediante la creazione di piattaforme e database open consultabili tanto dai medici e dai professionisti della programmazione sanitaria, quanto dai pazienti/cittadini. Due ulteriori elementi saranno indispensabili per il corretto funzionamento dei sistemi informativi del domani: la sicurezza delle informazioni e l'integrazione con altre banche dati, al di fuori del sistema sanitario. In particolare procedure di "criptazione" delle informazioni, provenienti dalla fisica quantistica o da altri metodi di "messa in sicurezza" dei dati, saranno indispensabili per rendere realmente utilizzabili i sistemi sanitari del futuro. Un secondo elemento sarà quello dell'integrazione con altre banche dati riguardanti la popolazione, quali i sistemi provenienti dai settori sociale e previdenziale.

Come anticipato nel primo capitolo, piani di innovazione sanitaria che coinvolgono trasversalmente diverse tipologie di innovazione, quali quelle digitali, si stanno sviluppando in molti Paesi. Esempi importanti possono essere ritenuti *InnovaSaude* in Spagna e *Territoires des Soins Numérique* in Francia. Altro esempio, particolarmente valido, può essere quello della Germania dove la

digitalizzazione sta portando all'impiego di una *e-card* per ogni paziente che presenta un'assicurazione sanitaria, dove saranno memorizzati tutti i dati amministrativi e sanitari dei pazienti, permettendo, una volta che sarà entrata a regime, un miglioramento dell'accesso ai servizi, snellendo le procedure amministrative e un miglior coordinamento tra i diversi *provider* grazie alla condivisione di informazioni. Naturalmente, la garanzia per un corretto funzionamento dei sistemi sarà rappresentata dall'interoperabilità tra tutti i sistemi informativi e digitali già esistenti e che saranno introdotti nei prossimi anni.

Tali innovazioni, così come l'approccio teorico descritto, rappresentano la base per un sistema sanitario presente e futuro che abbia a cuore appropriatezza, sostenibilità e qualità.

I dati sono necessari per capire, monitorare, migliorare e solo grazie a un sistema di dati efficace e interconnesso è possibile osservare le caratteristiche del sistema. (32) ●

Conclusioni

Dal presente report è emerso chiaramente come l'Italia debba necessariamente affrontare i punti dolenti del proprio Sistema Salute, al fine di tutelare e valorizzare l'inestimabile bene rappresentato dal nostro Ssn. Da sempre il nostro Paese è all'avanguardia in quanto a gestione del sistema sanitario, ma oggi risulta essere in ritardo rispetto ad alcuni elementi di carattere:

- strutturale: quali la "Sanità digitale", la presenza di registri informatici nazionali o anche solo regionali che permettano un'integrazione fattiva tra i diversi livelli assistenziali;
- organizzativo: quali il difficoltoso percorso di integrazione della medicina territoriale o la incompleta implementazione di reti di cura efficaci;
- culturale e "reputazionale": quali il mancato riconoscimento del valore intrinseco del nostro Ssn, dei suoi professionisti, dei suoi attori.

Questo ritardo deve essere affrontato attraverso un'analisi strutturata dei propri punti di forza e delle proprie criticità, anche rispetto agli altri Paesi (come si è cercato di fare in questo elaborato), ma soprattutto si devono identificare quali elementi potranno contribuire al miglioramento continuo di quanto ad oggi realizzato.

In un contesto caratterizzato da una prospettiva di finanziamento costante o addirittura in diminuzione, in considerazione dei tassi di crescita moderati del nostro prodotto interno lordo nei prossimi anni, tentare di risolvere le criticità descritte in questo report, solo attraverso un aumento dei fondi destinati all'Ssn, è certamente non coerente con le condizioni strutturali dell'economia del nostro Paese.

L'Italia deve interrogarsi sui motivi della crescita di una spesa privata non organizzata, sulla disuguaglianza che i cittadini di una qualsiasi provincia del Meridione sperimentano nell'accesso e nella qualità dei servizi, troppe volte rispetto ai loro connazionali del Nord Italia (vedasi al riguardo il rapporto "Osservasalute" 2017), sulla difficoltà da parte degli erogatori di servizi di avere gli stessi diritti oltre che gli stessi (o maggiori) oneri, i pazienti persi tra burocrazia e ritardi, modalità organizzative basate su obiettivi non coerenti con l'esigenza di considerare il paziente al centro del sistema.

Tutti questi aspetti, qui citati perché frutto del processo analitico ottenuto nei tre anni di riflessione propri del progetto di Aiop GIOVANI, sono stati presi in considerazione, e per ciascuno di essi, si è provato a immaginare soluzioni, proprio oggi a 40 anni dalla nascita del nostro Ssn.

In particolare:

giusta assistenza ed equo accreditamento: la concorrenzialità nell'erogazione di servizi sanitari, sotto una forte *stewardship* centrale, può essere ritenuta, senza rischio di smentita, un elemento fondamentale per garantire la possibilità di un'assistenza equa, giusta e di qualità, tanto per chi la eroga che, soprattutto, per chi ne riceve i frutti.

Da un punto di vista normativo, l'Italia aveva provato a rendere la concorrenzialità un diritto ma tale aspetto è risultato, con l'evoluzione dell'accreditamento, secondario fino a divenire strumento di controllo per i decisori.

La giusta assistenza può ottenersi solo attraverso la garanzia che la concorrenzialità abbia come elemento cardine il bene e il benessere dei pazienti. Questo è raggiungibile equamente e diffusamente nel momento in cui la qualità risulta essere elemento strutturale, insito nell'organizzazione e continuamente rilevata in termini di esiti delle prestazioni erogate dalle diverse strutture sanitarie del territorio, siano esse di diritto pubblico o privato. Solo così si potranno incentivare reti virtuose che vadano oltre le disfunzioni su cui si è costruito, alle volte, la sanità nel panorama nazionale.

misurazione dei risultati e dei costi per ciascun paziente: in un tempo come il nostro dove il dato è ricchezza, capire la realtà attraverso indicazioni altre rispetto a quelle ottenute da dati, correttamente elaborati ed utilizzati, risulta essere un obiettivo da tenere costantemente presente. L'Italia si è mossa in questa direzione nel tentativo di garantire un monitoraggio delle strutture sanitarie attraverso programmi nazionali rigorosi e puntuali. Ciò che dovrebbe essere ulteriormente introdotto è capire quanto realmente si possa ottenere una misurazione dei risultati di cura e dei costi ad essi relativi legata dalla prestazione ma tarata sul processo. Questo aspetto potrebbe, con le difficoltà tecniche che presenta, essere però foriero di miglioramenti nell'interazione tra i diversi livelli del sistema di cura e portare a una misurazione efficace in funzione del valore.

riorganizzazione delle modalità di finanziamento in ambito ospedaliero: l'evoluzione del finanziamento basati sui Drg passa attraverso il superamento di una visione aderente alle sole prestazioni e non ai processi. Il rimborso di una prestazione, oggi rispetto al periodo (anni '90 del secolo scorso) in cui la metodica dei Drg fu strutturata, deve tener conto sicuramente di aspetti molto più variegati in un contesto di maggiore complessità organizzativa ed epidemiologica.

Rimborsi per percorsi come prima fase del passaggio ai rimborsi per esito dovranno sempre più essere in cima all'agenda dei decision maker.

riorganizzazione delle modalità di finanziamento dell'assistenza: l'implementazione dei rimborsi per processi assistenziali (*bundled payments*) e la strutturazione del finanziamento privato in sanità costituiscono obiettivi fondamentali da conseguire per una sanità più sostenibile. Quanto citato prima è stato, ad esempio, concretizzato nei pagamenti "bundled" di percorso, anche in Italia con i CREG o nel Regno Unito con i CCG che hanno potuto offrire una nuova modalità di interazione pubblico-privato, tra i diversi setting assistenziali superando, di fatto, la dicotomia ospedale territorio, ponendosi nella reale prospettiva della risposta alla domanda di salute reale dei cittadini/pazienti. Il cambiamento radicale della gestione della spesa privata in Italia deve poi passare attraverso una *governance* virtuosa dell'investimento che la popolazione sta effettuando per integrare quanto viene offerto dall'operatore salute.

integrazione dell'assistenza nonostante strutture istituzionalmente separate: l'integrazione e armonizzazione delle prestazioni costituiscono elementi di un processo graduale e necessario. Solo attraverso la concomitante gestione di tutti i livelli di assistenza tale gestione potrà essere ottenuta funzionalmente e concretamente.

centralità del paziente all'interno del Sistema Salute: nuove tecnologie, processi personalizzati di cura, *public reporting*, e-health: tutto ciò che rende più vicino il paziente e le strutture dove si risponde ai suoi specifici bisogni di salute deve essere sviluppato e implementato. Questo è il filo conduttore della sanità del presente e, ancor più, del futuro prossimo. Non si potrà più prescindere dai nuovi strumenti comunicativi e partecipativi, e solo tramite questi elementi si potrà fare in modo che i pazienti possano scegliere in modo consapevole e libero, sempre in linea con le evidenze scientifiche, quali percorsi di cura scegliere e soprattutto dove poterli mettere in atto.

superamento del limite geografico e buone pratiche: la regionalizzazione in Italia ha introdotto sicuramente alcuni aspetti positivi ma, parimenti, è innegabile che abbia accelerato il processo di distanziamento dell'offerta nel sud e nel nord del Paese. Gli esiti di questa di questa rilevante differenza è tristemente visibile nell'inversione dell'aspettativa di vita tra queste due aree geografiche del Paese, venutasi a determinare proprio negli ultimi 15 anni.

Non dipenderà esclusivamente dal federalismo spinto se nord e sud, un tempo, avevano aspettative di salute simili e oggi la forchetta tra le due aree del Paese, di anno in anno, si amplia, ma certamente questa è una concausa. Creare 21 sistemi sanitari regionali ma, soprattutto, l'impossibilità di avere una *governance* centrale forte ha impattato sulla qualità complessiva del sistema salute in Italia creando disuguaglianze e differenze. Si può e si deve porre rimedio, uscendo dall'ottica della distribuzione geografica e sempre più calandosi nell'approccio della medicina di sistema, organizzata per patologie, sistemi e percorsi.

costruzione di base dati e sistemi informativi efficaci: il presente, e ancora di più il futuro, si giocherà su rapidità, efficienza, interoperabilità.

Chi avrà dati – e la cronaca di questi giorni lo dimostra – ha forza e potere decisionale e non solo. I dati sono un bene assoluto e devono essere gestiti con intelligenza, sicurezza ed efficacia.

Impegno per una sanità di valore

L'implementazione delle dimensioni suddette, in parte mutate dalla cosiddetta agenda per una sanità di valore (*Value Based Health Care*), rappresenta un impegno che implica, in primis, un cambio culturale di tutti i portatori di interesse attivi nel nostro sistema sanitario, una forte leadership e collaborazione tra i vari professionisti e i diversi soggetti operanti in sanità, con particolare riferimento per i cittadini.

Il sistema sanitario italiano può considerarsi un laboratorio di eccezione in quanto è caratterizzato dalla presenza del Servizio sanitario nazionale, sistema universalistico a spiccata presenza pubblica (oltre il 70% della spesa), dove alcuni attori del sistema detengono la *governance* dell'allocazione delle risorse economiche, della gestione delle risorse umane, dell'ottenimento del valore personale. In questa sfida sono istituzioni quali Ministero, AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), ISS (Istituto Superiore di Sanità), AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) e INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà) a rappresentare una risorsa e una garanzia per il "sistema" ma non va sottovalutato il ruolo dei singoli attori del sistema.

Per prima cosa occorre identificare le sfide e i bisogni di salute della popolazione, ma anche le necessità di trasformazione per intervenire in modo appropriato sui servizi. Una volta che questi fattori vengono identificati, è utile proporre soluzioni con l'ottica di migliorare le *performance* dei vari sistemi, identificando le modalità più efficaci per organizzare, gestire, finanziare ed erogare assistenza ad alto valore, sostenibile ed equa a tutti i cittadini.

La sanità del futuro deve cambiare paradigma, spostando l'attenzione sul paziente, focalizzandosi sul valore da raggiungere e sulle inefficienze da combattere.

Le sfide della nostra epoca evidenziano l'esigenza di porre in essere un'opera rilevante di trasformazione. Le soluzioni operative per il rilancio e la crescita del Ssn in un'ottica *value-based* evidenziano, infatti, la necessità di cambiare paradigma.

Le azioni a cui tutti gli *stakeholder* saranno pertanto chiamati si configurano in:

riorganizzazione del sistema con costante riferimento al paziente, in cui i servizi si presentano in maniera integrata sia rispetto alle discipline (multi- e inter-disciplinarietà) che ai settori (ad esempio settore sanitario vs sociale) nel corso di tutta la durata del trattamento;

misurazione sistematica di esiti di salute e costi;

reformulazione delle modalità di finanziamento dell'assistenza che superino la logica del rimborso a prestazione e considerino l'intera durata del trattamento (es. *bundled payment*);

diffusione sistemica e comparazione strutturata dei risultati delle buone pratiche organizzativo-gestionali;

implementazione di piattaforme informatiche per la condivisione dei dati e sviluppo della cultura della Clinical Intelligence.

Alcune sfide appaiono maggiori di altre, ma sicuramente la percezione attuale è quella che esista una limitata o in parte sviluppata capacità del nostro Ssn di rispondere alla sfida della sostenibilità e della qualità dell'assistenza in un'ottica *value-based*. Sarebbe auspicabile che i dettami della *Value-Based Care* divengano patrimonio della maggior parte degli *stakeholder* (policy maker, aziende, manager, clinici, pazienti) attraverso azioni di formazione, ma anche di diffusione e condivisione delle *best practice*. A tal proposito, i professionisti della sanità pubblica possono svolgere un ruolo chiave nell'indirizzare i vari *stakeholder* nella corretta direzione, in grado di conciliare i bisogni di popolazione con le risorse a disposizione nei singoli contesti sanitari.

Solo quando si allineeranno visioni, abilità professionali, incentivi, risorse e strategie sarà possibile il cambiamento per un sistema complesso quale quello sanitario.

Diviene essenziale, quindi, una nuova consapevolezza culturale al fine di capire quali scelte è opportuno mettere in campo per "fare le cose giuste al momento giusto", così come una più condivisa assunzione di responsabilità sia nelle decisioni sull'allocazione delle, sempre meno, risorse disponibili che nel ruolo ricoperto dai singoli professionisti all'interno dei percorsi di cura. ●



Annex 1

Analisi innovazione e sistemi innovativi per paese

CANADA

La sfida della sostenibilità induce a produrre innovazioni all'interno di un sistema sanitario al fine di ridurre i costi, migliorare l'assistenza e la qualità della stessa. A tal proposito, in Canada, è stata creata la *Canadian Health Services and Policy Research Alliance* (Chspra) con il compito di promuovere la collaborazione, il coordinamento e gli investimenti strategici tra i servizi sanitari e gli enti di ricerca. L'obiettivo della creazione dell'*Alliance* era di accelerare l'innovazione scientifica sanitaria e ottimizzare l'impatto della ricerca, prevedendo l'implementazione delle innovazioni all'interno del sistema sanitario.

A tal proposito, sono state individuate 7 fondamentali linee di indirizzo strategiche:

- finanziare ricerche pertinenti in settori prioritari;
- creare un sistema sanitario volto a promuovere la ricerca e l'innovazione;
- accelerare la formazione di un gruppo esperto di servizi sanitari e ricercatori;
- misurare l'impatto dei servizi sanitari e degli enti di ricerca;
- favorire l'accesso tempestivo ai dati;
- promuovere attività di valutazione dei servizi;
- allineare gli incentivi accademici e di sistema.

Inoltre, sono state definite le seguenti priorità:

- creare sistemi sanitari in continuo apprendimento (organizzazioni di assistenza che collaborano per guidare un sistema efficiente ed efficace);
- promuovere lo sviluppo dell'*eHealth* e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza centrata sul paziente e sulla popolazione;
- modificare la gestione e aumentare l'innovazione nel sistema;
- innovare i modelli di fornitura di servizi integrati per soddisfare le esigenze di salute;
- favorire un invecchiamento sano della comunità (1).

Un altro ente che promuove l'innovazione in sanità in Canada è la *Canadian Cancer Research Alliance* (Ckra). Le attività intraprese dai membri del Ckra forniscono ampie informazioni sul continuum del trattamento del cancro in Canada, partendo dalla ricerca e dalla prevenzione, sino all'assistenza ai pazienti e alle politiche sanitarie inerenti. La Ckra supporta e promuove le innovazioni quali:

- analisi dei *big data* per supportare la ricerca sulla salute della popolazione e l'erogazione di servizi sanitari. L'obiettivo è stato, in primo luogo, quello di creare una rete di ricercatori impegnati in servizi sanitari per pazienti con cancro in collaborazione con le agenzie sanitarie federali e provinciali; quindi quello di pianificare, sviluppare e testare approcci migliori per aumentare la partecipazione a programmi di screening o a nuovi modelli di assistenza. Ulteriore obiettivo è stato formare il personale necessario per supportare l'analisi dei *big data* e provvedere all'aggiornamento e alla manutenzione dell'infrastruttura di elaborazione nazionale e provinciale (ad es. *Compute Canada*).

- innovazione a sostegno della ricerca sulla prevenzione delle malattie croniche per ridurre il peso delle stesse e dei costi sanitari che ne derivano. Le strategie proposte hanno riguardato:
 - soluzioni informate per ridurre tumori prevenibili e malattie croniche (*Centro di Propel per l'impatto sulla salute della popolazione*);
 - l'effettuazione di uno studio che mirava a migliorare la salute delle comunità canadese riunendo le organizzazioni di varie province e territori in "alleanze" per prevenire le malattie croniche come il *Coalitions Linking Action and Science for Prevention (Clasp)*, iniziativa guidata dal *Canadian Partnership Against Cancer* (2).
 - Inoltre, la *Canadian Cancer Research Alliance*, insieme all'Agenzia di sanità pubblica del Canada e alla *Heart and Stroke Foundation*, cofinanziano due progetti: *The Better Coalition* che punta a migliorare la prevenzione delle malattie croniche nelle pratiche di assistenza primaria; *Chronic Disease Prevention Alliance of Canada* - azione collaborativa sull'obesità infantile che ha l'obiettivo di diminuire l'attrattiva e l'accessibilità delle scelte alimentari non salutari e migliorare la disponibilità di alternative salutari nelle scuole. Gli alunni sono stati educati sia in tale direzione, sia sull'importanza di osservare un'attività fisica regolare. Il *team* del progetto ha lavorato anche sui genitori, lavorando con preparatori e fornitori di cibo, adattando le normative comunali e provinciali al fine di ridurre e prevenire l'obesità infantile (3).
 - Nuovo piano per la ricerca sul cancro, pubblicato nel maggio 2010. In tale piano è stata proposta un'agenda di nuove collaborazioni tra gli enti di finanziamento della ricerca, che avrebbero dovuto fornire la *vision* per il quinquennio 2010-2015. Dato il successo di questa prima strategia, i membri del Ccra hanno concordato di sviluppare e attuare una nuova strategia condivisa, *Target 2020* con piano quinquennale 2015-2020. Questa, partendo dalla prima strategia, intendeva accelerare la ricerca e massimizzare l'impatto degli investimenti nella ricerca a vantaggio dei canadesi affetti da cancro. La creazione di questa nuova strategia è stata informata dalle priorità dei membri del Ccra, dalla consultazione con la comunità di ricerca, dalle iniziative di finanziamento e dalle tendenze emergenti nel campo della scienza, della politica e della cura del cancro. Le iniziative di trasformazione che richiedono un'azione coordinata da parte di più finanziatori costituiscono le fondamenta di questa nuova strategia. *Target 2020* è organizzato attorno a sette obiettivi tematici principali:
 - 1) sostenere la fondazione di ricerca sul cancro e quindi, istituire opportunità di finanziamento per la ricerca verso tumori difficili da trattare, malattia metastatica, meccanismi di resistenza e cellule staminali;
 - 2) trasformare l'assistenza clinica con la ricerca e l'innovazione e pertanto, migliorare i risultati degli studi clinici sul cancro e i tassi di reclutamento attraverso il supporto e l'ottimizzazione del *Canadian Cancer Clinical Trials Network (3Ctn)*. L'iniziativa rafforzerà la capacità degli studi clinici sul cancro, migliorerà l'accesso al paziente, aumenterà l'attività e l'efficienza della sperimentazione e limiterà i costi della sperimentazione; stabilendo una rete canadese di centri di diagnosi molecolare e patologia che suppor-

tino la medicina traslazionale e personalizzata; infine, migliorare la qualità dei *biorepository* (deposito di materiali biologici che raccoglie, elabora, memorizza e distribuisce campioni biologici per supportare future ricerche scientifiche) in Canada sostenendo le attività della *Canadian Tissue Repository Network* (CtrNet).

- 3) contribuire a una riduzione dell'incidenza del cancro attraverso la prevenzione aumentando il numero dei ricercatori in Canada, fornendo opportunità di formazione; aumentando le opportunità di finanziamento collaborativo per sostenere la ricerca sulla prevenzione come descritto nel Quadro di ricerca sulla prevenzione 2012; garantire l'accesso e l'uso del laboratorio di popolazione canadese *Partnership for Tomorrow Project* (Cptp);
- 4) migliorare la qualità della vita per i malati di cancro attraverso l'esperienza del paziente, identificando *gap* nella ricerca o opportunità di collaborazione; valutare la ricerca sulla sopravvivenza in Canada e preparare un quadro che proponga azioni per colmare le lacune e sfruttare le opportunità esistenti; valutare le cure palliative, compresa la fine della vita;
- 5) migliorare l'adozione della ricerca da parte del sistema sanitario con servizi sanitari a sostegno dell'efficienza capaci sviluppare opportunità e metodi di finanziamento per migliorare la capacità di ricerca e identificare i meccanismi che miglioreranno l'interfaccia tra ricercatori e adottanti all'interno dei sistemi di assistenza sanitaria; migliorare lo sviluppo di un piano di collaborazione tra il *Centro canadese per la ricerca applicata sul controllo del cancro* (Arcc) e i membri del Ccra;
- 6) dimostrare il valore della ricerca fornendo relazioni annuali sugli investimenti per la ricerca sul cancro in Canada attraverso il *Canadian Cancer Research Survey*; presentare la ricerca canadese sul cancro attraverso l'organizzazione della biennale *Canadian Cancer Research Conference*.
- 7) innovazione nelle cure palliative per migliorare l'erogazione dell'assistenza ai pazienti. Le cure palliative somministrate in concomitanza con le cure abituali sono state approvate dall'*American Society for Clinical Oncology* (Asco) in quanto, una spesa limitata si traduceva in una migliore qualità della vita, una migliore qualità dell'assistenza, una migliore gestione dei sintomi e una uguale o migliore sopravvivenza (5).

Target 2020 stabilisce una direzione per i membri del Ccra e le organizzazioni partner per il resto di questo decennio. Si basa sulla realizzazione della prima strategia Ccra3 (ricerca sulla prevenzione), mira a sviluppare Cptp; affronta la sostenibilità delle attività (CtrNet); incentiva ulteriormente la ricerca; affronta le lacune e introduce nuove iniziative.

Questa strategia e i progressi saranno rivisti ogni anno dai membri del Ccra per garantire che i risultati attesi siano raggiunti (4).

Nell'ottica della promozione dell'innovazione e nel tentativo di migliorare costantemente l'esperienza del paziente, intensificare l'accesso alle cure, elevare la qualità, eliminare le inefficienze e gli sprechi e concentrando gli sforzi sui determinanti sociali della salute, l'Agenzia per la salute pubblica del Canada, con la *Heart and Stroke Foundation* e il *MaRS Center for Impact Investing*, ha promosso la *Community Hypertension Prevention Initiative*, programma *evidence based* progettato per affrontare l'ipertensione tra gli anziani attraverso una migliore gestione dei fattori di rischio modificabili (esercizio fisico, cambiamenti nella dieta alimentare, smettere di fumare). Questa *partnership* in realtà, consiste in un accordo di impatto sociale (*Social Impact Bond - Sib*) che prevede che gli investitori finanzino ed il governo paghi al raggiungimento del risultato di salute. Il lancio iniziale del programma verrà consegnato in due province, Ontario e British Columbia. L'innovazione è stata sviluppata poiché circa 1,6 milioni di canadesi hanno una malattia cardiaca o vivono con gli effetti di un ictus. Inoltre, nove canadesi su dieci hanno almeno un fattore di rischio modificabile per le malattie cardiache, rendendo la prevenzione della malattia cardiovascolare (Cvd) una sfida significativa e utile per la salute pubblica. L'ipertensione è considerata il singolo fattore di rischio più importante per l'ictus e un importante fattore di rischio per le malattie cardiache e anche una modesta riduzione della pressione arteriosa può ridurre drasticamente il rischio di malattie cardiovascolari. La *Community Hypertension Prevention Initiative* attraverso il modello *Sib* riunisce la *Heart and Stroke Foundation* (organizzazione non a scopo di lucro), investitori e governo per lavorare insieme per affrontare l'ipertensione tra gli anziani canadesi.

L'iniziativa si basa sul *Cardiovascular Health Awareness Program* (Chap - Programma di sensibilizzazione alla salute cardiovascolare) programma di prevenzione a più livelli che mobilita e coordina volontari, professionisti della salute e organizzazioni basate sulla comunità per identificare e gestire meglio i fattori di rischio di malattie cardiache e ictus.

Poiché il programma è stato lanciato nel 2016, ed ha una durata di 2 anni, non sono ancora stati pubblicati i risultati. (6)

Sempre l'Agenzia per la salute pubblica del Canada (Phac), in collaborazione con *Health Canada* (Hc), ha lanciato nel 2012 l'iniziativa *Procure to Pay (P2P)*, con l'idea di rivoluzionare le modalità di transazione creando una singola piattaforma di servizi condivisi integrata che ha inizio con l'acquisizione dei servizi e termina con il pagamento delle fatture. Il risultato atteso è stato quello di:

- fornire servizi di qualità a costi contenuti;
- migliorare i controlli interni, la capacità di *reporting* e *la governance* della gestione finanziaria per Hc e Phac;
- avere un ritorno sugli investimenti previsto del 300% in 5 anni.

Obiettivi specifici del progetto erano:

- riprogrammare attraverso l'utilizzo di una piattaforma tecnologica digitalizzata, l'elaborazione delle transazioni contabili e dell'intero processo di acquisizione di servizi per Hc e Phac;
- ridurre il supporto cartaceo con approvazioni elettroniche direttamente in Sap;
- centralizzare le operazioni contabili da 14 uffici regionali a 2 *hub* nazionali;
- raggruppare più *team* di Hc e Phac in un'organizzazione di servizi più centralizzata.

Hc e Phac hanno lanciato l'iniziativa per trasformare le funzioni di finanza e gestione dei materiali al fine di risparmiare 2 milioni \$ l'anno, migliorare la trasparenza e l'efficienza, implementare processi aziendali *end-to-end* standardizzati dall'approvvigionamento al pagamento, passare ai controlli automatici riducendo il costo dei controlli e aumentando la sicurezza, implementare la convalida e l'analisi dei dati guidata dal sistema, assicurare processi aziendali standardizzati e migliorare l'accuratezza delle informazioni/*reporting*.

Risultato dell'iniziativa *P2P* è stata la creazione di un'unica piattaforma di servizi condivisi integrata che serve sia *Health Canada* (Hc) che l'Agenzia per la salute pubblica del Canada (Phac). Dal 2014/2015 la soluzione *Procure to Pay* è stata estesa all'*Aboriginal Affairs and Northern Development Canada* – Aandc (Dipartimento del Governo federale, incaricato di adempiere agli impegni legali del governo canadese nei confronti degli aborigeni, *First Nations, Inuit e Métis*, e per adempiere alle responsabilità costituzionali del Governo federale nel nord) (7). ●

FRANCIA

In Francia, la crescente richiesta di servizi sanitari, conseguente all'aumento e al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione, ha rappresentato il substrato per la verifica di progetti pilota e per l'introduzione di innovazioni nei percorsi di cura, in riferimento alle diverse patologie, per rispondere alle suddette esigenze.

Il programma *Sophia*, lanciato nel 2008, è stato ideato con l'obiettivo di implementare il livello di assistenza offerto ai circa 15 milioni di persone affette da malattie croniche in Francia. Le persone affette da malattie a lungo termine rappresentavano il 14% degli assicurati (*Health Insurance's social*) e ricevevano il 64% delle prestazioni sanitarie, costituendo un notevole problema economico. Gli obiettivi del progetto erano, quindi, migliorare l'accesso, l'efficacia, la qualità dei servizi e il benessere dei pazienti, ridurre la frequenza e la gravità delle complicanze con lo scopo di diminuire l'impatto finanziario delle malattie croniche sia per i pazienti che per la comunità. L'accompagnamento delle persone con malattie croniche è un elemento essenziale della politica di assicurazione sanitaria, oltre al rimborso delle cure, per aiutare le persone assicurate ad agire per la loro salute. È in questo spirito che l'assicurazione sanitaria offre il servizio *Sophia*, con il supporto delle associazioni dei pazienti, e in consultazione con altri partner mobilitati, quali i rappresentanti di medici, farmacisti, infermieri, società scientifiche, l'Istituto nazionale di prevenzione e educazione alla salute (Inpes) e l'*Haute Autorité de Santé* (Has).

Il programma è stato inizialmente testato su una singola patologia, il diabete, e prevedeva:

- infermieri che rispondevano alle domande sulla patologia, informavano e sostenevano i pazienti;
- piattaforme tecnologiche come un sito web, e-mail, un libretto *Milestones* (opuscolo informativo tematico sugli esami di *follow-up* nel trattamento della patologia diabetica e sulle attività di prevenzione) e un diario dedicato chiamato *Sophia and You* (rivista contenente testimonianze di pazienti e operatori sanitari) in cui vengono elargiti consigli su come convivere meglio con la malattia e adattare le proprie abitudini per migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio di complicazioni.

Al progetto inizialmente hanno aderito 140.000 pazienti, provenienti da 19 dipartimenti francesi, sui 440.000 potenzialmente ammissibili. Si è stimato che l'aumento del numero di beneficiari di *Sophie* dovesse comportare una diminuzione del costo per singolo paziente.

Grazie all'attuazione del programma è stato osservato un miglioramento dell'equilibrio glicemico dei pazienti diabetici e si è osservata una maggior consapevolezza nei confronti della patologia e delle sue implicazioni.

Il programma è stato sperimentato per 4 anni e, considerando la soddisfazione dei pazienti, dei medici e dei partner e considerando i risultati medici ed economici conseguiti, il Cnamts (*Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*) ha deciso di estendere il servizio *Sophia Diabetics* all'intero Paese e di lanciare una nuova sperimentazione sull'asma (8) (9).

Ogni progetto innovativo sanitario deve avere quale obiettivo il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, ivi compreso il rapporto costo-efficacia, e deve prevedere una strategia chiara allo scopo.

Per tale motivo, il ministero francese per la salute, sostenuto dal Segretariato generale per la modernizzazione del governo (Sgmap), ha lanciato un programma contenente progetti tesi a migliorare la *performance* in istituzioni sanitarie pubbliche e basato sulla gestione partecipativa (*Lean Management*). Lo scopo del programma era ottenere un miglioramento della qualità del servizio globale, delle condizioni di lavoro, anche per ridurre il deficit finanziario ospedaliero. Il progetto pilota è stato testato nell'ospedale della città di Nancy, grazie al sostegno del Segretariato generale per la modernizzazione del governo (Sgmap), dell'Anap (Agenzia Nazionale per il Sostegno alle Prestazioni negli Ospedali) e da consulenti esterni. Dopo i risultati positivi l'Anap ha diffuso la metodologia e supportato altri ospedali nella sua attuazione.

Obiettivi cardine del programma sono stati:

- sviluppare l'accesso alle cure mediche;
- migliorare la qualità del servizio, l'efficienza globale e le condizioni di lavoro;
- migliorare la qualità dell'assistenza medica, riducendo del 20% -30% il tempo trascorso dai pazienti nei Pronto soccorso;
- migliorare le prestazioni aumentando il tasso di occupazione delle sale operatorie del 10 o 20%;
- ridurre i tempi di attesa prima degli interventi chirurgici;
- ottimizzare le interfacce di funzionamento e il coordinamento tra vari *team* (medici, infermieri, badanti, portatori di barelle);
- ridurre i deficit degli ospedali;
- contribuire all'attuazione delle politiche di salute pubblica (legge HPST);
- mobilitare i dipendenti sugli obiettivi da raggiungere e sulla gestione dei progetti.

Il programma ha comportato:

- la riduzione del 28% del tempo medio di attesa grazie ad un approccio partecipativo che coinvolgeva il personale medico e paramedico;
- l'ottimizzazione della sala operatoria grazie all'aumento del tasso di occupazione del 20% ed alla chiusura di 4 sale operatorie, permesso da un'ottimizzazione delle attrezzature tecniche e da un miglior monitoraggio dell'attività;
- la responsabilizzazione dell'infermiere *senior* come *middle management* (coordinatore di *team*) per guidare e implementare i servizi;
- il rafforzamento della comunicazione tra i diversi professionisti (10).
- In Francia, nell'ambito dello sviluppo di una strategia nazionale relativa alla salute, lo sviluppo di sistemi informativi rappresenta uno dei vettori maggiori di trasformazione e modernizzazione del Sistema sanitario.

Ciò perché i sistemi informativi permettono la presa in carico unitaria dei pazienti con l'ottica di migliorare qualità e sicurezza dei servizi offerti; garantiscono una miglior gestione e organizzazio-

ne dei servizi; la nascita di nuove organizzazioni, tese da un lato allo sviluppo di soluzioni innovative per migliorare i servizi offerti (*eHealth* e telemedicina) e dall'altro favoriscono la collaborazione tra i vari professionisti.

In tale contesto, si può inserire il programma *Hopital Numerique* (Ospedale Digitale), lanciato alla fine del 2012, che ha rappresentato durante lo scorso quinquennio un vero e proprio piano strategico di sviluppo relativamente ai sistemi informativi ospedalieri. Gli obiettivi di tale programma riguardavano:

- il coordinamento di tutti gli attori (Dgos - Direzione generale della sanità - del Ministero degli affari sociali e della sanità; Ars - *Agences régionales de santé*; Anap - Agenzia nazionale per il sostegno alle prestazioni delle istituzioni sanitarie e medico-sociali; Dssis - Delegazione alla strategia dei sistemi di informazione sanitaria del segretariato generale dei ministeri responsabili degli affari sociali; *Asip Santé* - Agenzia per i sistemi informativi condivisi nella sanità; Has - Alta Autorità per la salute, le industrie di settore) nello sviluppo di un'agenda comune per la promozione di sistemi informativi ospedalieri;
- l'implementazione di progetti innovativi;
- il raggiungimento in tutte le strutture sanitarie di uno stesso livello di digitalizzazione, caratterizzato da tre prerequisiti (identità, affidabilità, riservatezza), necessari alla presa in carico dei pazienti, e da cinque domini funzionali che hanno individuato le aree e le attività in cui la digitalizzazione si poneva come necessaria:
 - gestione dei risultati afferenti all'imaging, ad esami biologici e di anatomia patologica;
 - strutturazione della cartella clinica informatizzata e condivisione dei dati all'esterno;
 - gestione della prescrizione elettronica all'interno di un piano di assistenza;
 - programmazione di risorse ed agenda del paziente;
 - management sanitario e amministrativo.

Al fine di condurre le strutture ospedaliere a un livello minimo di maturità maggiore e più coerente con le esigenze presenti, il programma si proponeva di agire simultaneamente su quattro aree strategiche e su una serie di azioni trasversali.

La prima area strategica considerata è stata la *governance* dei sistemi informativi che necessitava di essere rinforzata promuovendo il coinvolgimento dei professionisti e dei funzionari dirigenti. A tal proposito, l'implementazione di tale programma dovrebbe essere considerata come investimento strategico sia a livello locale che regionale e nazionale. La messa in opera di tale piano dovrà, infatti, permettere l'introduzione di specifici indicatori al fine di ottimizzare la valutazione dei sistemi informativi all'interno delle attività necessarie all'autorizzazione certificata della struttura. La seconda area strategica è rappresentata dal rafforzamento delle competenze relative ai sistemi informativi ospedalieri. Infatti, i professionisti dovrebbero ricevere una formazione adeguata sia inizialmente che in maniera continua.

La terza area strategica, invece, è stata caratterizzata dalla definizione e dalla strutturazione dell'offerta di soluzioni. Tale area ha lo scopo di aumentare la qualità dell'offerta industriale e di favorire un miglior adeguamento del rapporto offerta-domanda, ma ugualmente di rendere l'innovazione digitale al servizio di una modernizzazione dell'offerta di cure e di percorsi assistenziali.

La quarta area strategica era relativa al finanziamento. Esso andrebbe diretto ai domini prioritari e a ricompensare l'utilizzazione effettiva del sistema informativo da parte dei professionisti. Tra le azioni trasversali, necessarie ad implementare le attività comprese nelle quattro aree strategiche, ritroviamo oltre l'attenzione e l'implementazione degli indicatori, la conduzione del programma, la comunicazione relativa all'implementazione del programma e la valutazione del valore creato dall'utilizzo di sistemi informativi in campo assistenziale in termini di qualità, sicurezza e miglioramento della presa in carico (11).

Il programma aveva una durata quinquennale, ma già dalla fine del 2015 le aziende, fornitrici di soluzioni informatiche nel campo sanitario, hanno potuto richiedere la certificazione "Qualità Ospedale Digitale", qualora avessero rispettato determinati standard.

Sempre nell'ultimo quinquennio, la Francia ha cercato di modernizzare l'assistenza sanitaria, implementando progetti di *eHealth*. Infatti, nel triennio 2014-2017 sono stati stanziati 80 milioni di € all'interno del programma «*Territoire de soins numerique*» (Digitalizzazione dell'Assistenza Territoriale), il cui scopo era quello di far emergere soluzioni organizzative e innovative per orientare il paziente nel sistema sanitario e rinforzare il coordinamento tra i professionisti sanitari. Tra 18 progetti pervenuti ne sono stati scelti 5, dislocati sul territorio francese e d'oltremare, per le loro caratteristiche di innovazione, adattamento alle diverse realtà territoriali e impatto sullo sviluppo di attività industriali nel campo dell'*eHealth*. I 5 progetti hanno avuto un bacino di utenza che ha riguardato circa 1 milione e mezzo di cittadini (sia di zone metropolitane che rurali) e avevano lo scopo di promuovere la presa in carico in *équipe*, l'*empowerment* dei pazienti e lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali integrati e con figure di coordinamento.

Tutti i 5 progetti hanno identificato l'assistenza per le malattie croniche come priorità per il sistema sanitario e hanno proposto delle soluzioni organizzative innovative, atte a favorire il trattamento multiprofessionale, integrato e continuo dei pazienti. A tal proposito, i 5 progetti hanno proposto la messa in opera di piattaforme digitali e portali, destinate sia ai professionisti che ai pazienti. Lo scopo finale del programma era quello di valutare alla fine del 2017 quali soluzioni sono stati così efficaci ed innovative tali da essere generalizzate sull'intero territorio nazionale. Poiché il programma si è concluso da poco, le evidenze di impatto, o riguardanti l'implementazione dei progetti su territori più ampi, sono limitate. A tal proposito, si fa presente che il progetto *Terr-eSanté*, dapprima sperimentato in un territorio pilota della Regione Ile de France, verrà progressivamente implementato sull'intero territorio regionale. L'obiettivo principale di *Terr-eSanté* è il miglioramento del percorso assistenziale dai servizi in comunità all'ospedale, grazie allo sviluppo massivo di soluzioni digitali che facilitano allo stesso tempo il lavoro dei professionisti e l'accesso all'assistenza dei pazienti nell'ottica di garantire la riduzione delle disuguaglianze di salute. Il progetto comprende 5 tipologie di servizi digitali destinati sia ai professionisti che ai pazienti, strutturati su una piattaforma di scambio e condivisione tra professionisti, che permette al paziente di gestire informazioni e dati utili alla sua salute, alla sua presa in carico e di accedere ai servizi online. Inoltre, la piattaforma prevede un portale di informazioni sulla salute accessibile liberamente, degli strumenti e delle informazioni utili alla prevenzione, alla formazione, alla sorveglianza e alla ricerca, e mette in rete le farmacie con i pazienti o con le strutture sanitarie (12) (13) (14).

Le azioni avviate all'interno dei programmi *Hôpital numérique* e *Territorie de soins numérique* verranno proseguite all'interno di due ulteriori programmi che rientrano all'interno di un piano strategico nazionale *e-santé 2020*, il quale mira a mantenere la Francia all'avanguardia nel campo dell'innovazione e che tenderà a considerare il cittadino al centro delle azioni relative all'*eHealth*, a sostenere le innovazioni da parte dei professionisti sanitari, a semplificare il quadro di azione per gli attori economici e a modernizzare gli strumenti regolatori del Paese (15).

I due programmi che continueranno le azioni intraprese in *Hôpital numérique* e *Territorie de soins numérique* sono *e-parcours* e *e-Hôp 2.0*. Il primo avrà come obiettivo quello di migliorare la presa in carico dei pazienti e di facilitare la condivisione di informazioni ed *expertise* tra i professionisti sanitari. Ciò potrà avvenire attraverso azioni già intraprese nei precedenti programmi, come ad esempio la formulazione di ricette dematerializzate o la gestione delle liste di attesa. Il secondo programma, invece, avrà lo scopo di migliorare i servizi offerti dai sistemi informativi, già implementati all'interno del programma *Hôpital numérique*, tra cui la possibilità di effettuare prenotazioni per visite e/o esami attraverso la piattaforma, di rendere migliori le visualizzazioni esami radiologici o di laboratori. Per tali progetti sono stati stanziati circa 5 milioni di € dallo Stato francese (16). ●

GERMANIA

Al fine di garantire la sostenibilità del sistema sanitario, ridurre gli sprechi, facilitare un migliore accesso e conferire valore all'assistenza integrata innovando il percorso di assistenza in riferimento ad una data patologia, in Germania è stato istituito già nel 2005 da *Kaufmannische Krankenkasse* (Kkh, assicuratore tedesco) e dall'ospedale universitario di Essen, il Centro per la cefalea della Germania occidentale. Lo scopo era quello di fornire un trattamento migliore, un servizio sempre più efficiente e in linea con l'ottica di riduzione dei costi, dando l'opportunità ai pazienti affetti da cefalea ed emicrania di effettuare in un unico accesso le visite specialistiche del caso. L'assistenza per l'emicrania in Germania, spesso gestita da medici di base, ha fornito terapie obsolete ed eccessivamente dipendenti dalle terapie farmacologiche, nonostante le cefalee possono essere causate da diverse condizioni sottostanti.

I pazienti che accedono alla clinica possono usufruire, nello stesso giorno, di controlli integrati con un neurologo, uno psicologo e un fisioterapista, che poi congiuntamente esprimono una diagnosi. I pazienti per i quali il mal di testa presenta un problema meno di 5 giorni al mese sono riferiti a una delle reti di neurologi specializzati della clinica. Quelli con problemi più gravi, o complicazioni sottostanti, sono ammessi direttamente all'ospedale universitario. I pazienti di gravità intermedia, invece, dopo aver visto un neurologo, vengono rimandati ad un programma di 5 giorni in cui si fornisce educazione relativamente all'emicranie e al loro trattamento, si insegnano tecniche di rilassamento, si effettua consulenza di gruppo, si pratica esercizio fisico e trattamenti fisioterapistici. Dopo questo iter, i pazienti vengono indirizzati a uno dei neurologi della rete per una nuova valutazione della gravità.

Questo modello ha dato riscontri positivi grazie a diagnosi e prescrizioni appropriate. Da un sondaggio è emerso che prima dell'inizio del progetto, il 58% dei pazienti aveva perso 6 o più giorni di lavoro, dall'introduzione del programma questa percentuale è scesa all'11%, con soddisfazione dei pazienti per il trattamento ricevuto e per la loro capacità di affrontare il problema al meglio. Già nel gennaio 2009 si riscontrava un risparmio sui costi rispetto all'assistenza prima erogata (17).

La digitalizzazione è diventata una priorità in molti campi, ed in particolare in sanità costituisce una sfida fondamentale nel processo di modernizzazione del sistema e di ridefinizione dell'offerta, in linea con gli obiettivi più generali di una sanità sostenibile, capace di mettere il paziente al centro dei percorsi di assistenza.

In Germania, ad esempio, a metà gennaio 2015 è stato approvato la *E-Health Law* (Legge sulla sanità elettronica - Statuto per la comunicazione e le applicazioni digitali sicure nel settore sanitario), che ha avviato un dibattito sulla digitalizzazione, la protezione dei dati e la salute in Germania, e ha lanciato la *Electronic Health Card*, un'infrastruttura telematica nel settore della sanità pubblica a livello nazionale, idonea per l'interconnessione tra compagnie di assicurazione sanitaria, medici ed ospedali. Più recentemente e dopo vari emendamenti, l'approvazione di una nuova legge il 4 dicembre dello stesso anno, ha garantito che il sistema *Electronic Health Card* fosse operativo dal 1° luglio 2018.

La *E-Health Card* consente la memorizzazione digitale ed il recupero dei dati dei pazienti. In una prima fase sono stati memorizzati solo i dati amministrativi della persona assicurata; le applicazioni che accompagnano la *E-Health Card* saranno invece introdotte gradualmente.

I pazienti possono accedere ai dati attraverso un codice pin, scelto da loro, e di una seconda precauzione di sicurezza, il "principio chiave", ovvero il medico richiede il documento di identificazione di salute professionale per avere l'accesso definitivo (solo nelle situazioni di emergenza il medico può ottenere l'accesso diretto ai dati sensibili, senza che il paziente inserisca il codice pin); gli stessi potranno anche stampare o cancellare dati tranne quelli riguardanti i dati amministrativi. Ogni assicurato deciderà autonomamente se e in che misura desidera avvalersi delle possibilità offerte dalla *E-Health Card* per l'archiviazione dei dati medici o per documentare la sua volontà di donare gli organi. La trasmissione di informazioni mediche sensibili, avviene attraverso dati medici codificati, per mezzo di una rete sanitaria sicura istituita *ad hoc*.

Se il trattamento di emergenza diventa necessario o il paziente deve essere indirizzato a uno specialista dal suo medico di famiglia, è importante che il curante abbia un rapido accesso ad informazioni inerenti allergie, impianti protesici, malattie pregresse, piani terapeutici per evitare prescrizioni aggiuntive o interazioni critiche tra farmaci.

Entro la fine del 2018, il *Gematik* (Società tedesca per la telematica) dovrà creare i prerequisiti per la gestione dei dati del paziente (come lettere di dimissione, dati riguardanti le cure urgenti, dati sui farmaci) da mettere a disposizione dei pazienti stessi e dei medici in una cartella clinica elettronica. Ciò consentirà di condividere dati sanitari chiave con e tra i fornitori di assistenza. Il beneficio che ne deriverà e l'*empowerment* del paziente saranno fondamentali per la riuscita del progetto. Entro il 2019, pertanto, a ciascun paziente verrà fornita una cartella elettronica personale per consentire loro di accedere ed archiviare dati direttamente tramite app. Il progetto cercherà ulteriormente di:

- migliorare la qualità delle cure mediche grazie a una migliore informazione e trasmissione dei dati di assistenza, con dati facilmente accessibili e procedure facilmente riproducibili, che garantiscano sempre tracciabilità, rintracciabilità, contestualità, sicurezza e valore probatorio;
- aumentare la protezione dei dati per garantire la *privacy* e la sicurezza al paziente che rimane comunque il primo fruitore e che prende decisioni in merito ad implementazioni o oscuramento dei dati stessi;
- diminuire la burocrazia relativamente a questa innovazione che ne sta rallentando l'ulteriore sviluppo e *upgrade* (18).

Negli ultimi anni la sanità si sta trovando ad affrontare una rivoluzione nel modello di assistenza, da un lato la forte spinta all'innovazione, dall'altro il contenimento di costi e l'erogazione di assistenza integrata.

Il passaggio dal paradigma dell'acuzie a quello della cronicità implica che i sistemi sanitari mettano in atto delle azioni finalizzate a fronteggiare la transizione epidemiologica e quindi l'aumento

di patologie cronic-degenerative, spesso concomitanti, le complicanze cliniche che ne conseguono e il loro impatto sulla spesa sanitaria.

I programmi di *disease management* (Dm), finanziati attraverso *bundle payment*, sono destinati a garantire assistenza sanitaria di qualità ed integrata ai pazienti per determinate patologie croniche. Un finanziamento *bundle* prevede un importo fisso che il terzo pagante paga ad un *provider*, ente gestore del finanziamento unitario, che governa e coordina la produzione di servizi da parte di propri professionisti e strutture e/o altri *provider* che concorrono nell'offerta dei servizi.

Nel 2006, sono stati sviluppati in Germania, nella regione tedesca del Kinzigtal, programmi di assistenza integrata, chiamati *Gesundes Kinzigtal Integrated Care*, rivolti a pazienti a rischio di sviluppare patologie croniche ad alta prevalenza (ad esempio obesità ed osteoporosi) o a pazienti con patologie croniche conclamate come ad esempio lo scompenso cardiaco. Il *provider*, *Gesundes Kinzigtal* (GmbH), ha instaurato accordi con due delle mutue della regione (*Health Insurance Fund AOK Baden-Wuerttemberg* e *Health Insurance Fund LKK Baden-Wuerttemberg*), interessando 31.000 persone, arruolati su base volontaria. L'obiettivo di questo patto era quello di fornire ai soggetti assicurati dalle due mutue, servizi e procedure che rispondano alle linee guida della pratica clinica più aggiornate o alla Carta dei diritti del paziente, attraverso quei *provider* (ospedali, medici di medicina generale, medici specialisti, fisioterapisti, farmacisti) che hanno stipulato accordi con la compagnia GmbH. Le componenti chiave del modello sono pertanto:

- formulazione di piani di assistenza individuali con obiettivi condivisi tra medico e paziente;
- supporto al *self management* e *decision-making* condiviso con il paziente;
- azioni di *follow up* e *case management*;
- assistenza adeguata alle necessità del paziente e fornita in tempi giusti;
- registrazione dei dati del paziente con lo scopo di supportare le azioni di *follow up* e l'identificazione per ciascuno dei pazienti del livello di rischio di sviluppo di determinate condizioni croniche.

I programmi offerti dalla compagnia hanno interessato:

- anziani a cui sono stati forniti interventi educativi di promozione alla salute, di supporto al *decision-making* e al *self management*;
- pazienti che hanno subito un attacco cardiaco;
- soggetti a rischio cardiovascolare;
- pazienti a rischio di osteoporosi a cui è stato fornito un programma che consta di test di screening, valutazione e interventi di prevenzione (ad esempio la fisioterapia);
- pazienti che intendono interrompere l'*habitus* tabagico;
- pazienti con crisi acute di natura psichica (ad esempio ansia, depressione) a cui è stata erogata un'assistenza psichiatrica a breve termine;
- individui il cui inserimento nella società risulta problematico e pertanto sono stati inseriti in attività di *social case management*;
- anziani che soggiornano in residenze e a cui è stata rafforzata l'assistenza.

Inoltre, *Gesundes Kinzigtal* ha invitato i pazienti arruolati a partecipare a programmi nazionali per l'assistenza e la prevenzione di patologie come il diabete, patologie cardiovascolari, cancro al seno, asma e Bpco ed ha promosso programmi di tipo educativo riguardanti l'attività fisica o *group session* educazionali.

I programmi implementati in questa regione hanno perseguito come obiettivi quello di:

- fornire piani di assistenza individuale con obiettivi condivisi tra medico e paziente;
- supportare il *self management* e il *decision-making* condiviso con il paziente;
- implementare azioni di *follow-up* e *case management*;
- fornire assistenza adeguata alle necessità del paziente e in tempi giusti;
- registrare i dati del paziente.

Da studi osservazionali analitici è stato possibile evidenziare la riduzione del tasso di mortalità, della frequenza di fratture (nei pazienti con osteoporosi), l'aumento di prescrizioni appropriate dei farmaci specifici per la patologia e diminuzione dei costi (nei pazienti con scompenso), oltre che la riduzione della richiesta di assistenza ospedaliera. Inoltre, è stato dimostrato, da uno studio osservazionale analitico, che il conflitto decisionale tra medico e paziente diminuisce significativamente con l'aumento del coinvolgimento dei pazienti, aumentando quindi la soddisfazione del paziente nei confronti del medico (19) (20) (21). ●

SPAGNA

Nella *governance* delle organizzazioni sanitarie, la capacità di presidiare efficacemente la dimensione dell'innovazione, alla ricerca di un miglioramento nella qualità dell'assistenza, dettato anche da un cambio demografico, ha assunto una valenza strategica. A tal proposito, in Spagna, a Madrid, l'ente sanitario della Regione ha progettato e realizzato un programma di prevenzione nel 2006, "*Don't forget to take your medicine!*", specificamente rivolto ai pazienti anziani che fanno uso di terapie complesse per permettere loro di fare un uso appropriato dei farmaci secondo prescrizione medica.

L'Agenzia sanitaria ha dapprima identificato tutti i pazienti idonei per il programma ed ha chiesto ai propri medici generici ed ai farmacisti di informarli; contestualmente, è stata ideata una campagna pubblicitaria nelle strutture frequentate dagli anziani con poster che rimandavano al programma. All'inizio i pazienti si sottopongono ad un colloquio con un infermiere per fare una valutazione dei farmaci assunti. A questa valutazione segue, poi, una più approfondita da parte del personale medico, al fine di:

- assicurare che i farmaci assunti dai pazienti siano conformi a quelli prescritti nella loro anamnesi;
- migliorare la conoscenza del paziente circa lo scopo dei vari farmaci assunti;
- identificare il grado di assunzione dei farmaci secondo la prescrizione;
- identificare problemi quali l'irregolare assunzione di farmaci, la duplicazione e le sospette reazioni avverse;
- sensibilizzare i pazienti a prendere i farmaci prescritti seguendo il giusto piano terapeutico, le cui strategie per migliorarne l'aderenza sono state co-progettate insieme a loro (etichette facili da usare e memorizzare sui farmaci e meccanismi personalizzati per dispensare i farmaci giornalieri).

L'obiettivo del programma è stato quello di migliorare la salute e il benessere dei residenti nella regione di Madrid, di età superiore ai 75 anni, che assumono più di 6 medicine permanentemente.

Nei sei anni di gestione di questa iniziativa, più di 1.000 farmacie sono state coinvolte (il 35% di tutte le farmacie nella regione di Madrid) ed oltre 100.000 pazienti hanno aderito ottenendo risultati positivi per il loro stato di salute e apportando risparmi al settore pubblico.

Già nel secondo anno di esercizio del programma, la percentuale di pazienti di età superiore a 75 anni ad alto rischio di effetti avversi per i farmaci assunti è scesa dal 16,3% nel 2006 al 14,4% nel 2008; anche l'impatto globale da un'indagine condotta su 127.206 pazienti impegnati nel programma nel giugno 2011 (tasso di risposta del 64%) ha indicato che il 91,6% degli intervistati, aveva capito come assumere i farmaci prescritti, il 92,4% ne conosceva il dosaggio, il 95,37% mostrava buona *compliance*.

Dato il riscontro favorevole del personale sanitario e la soddisfazione dei pazienti aderenti, il progetto è stato esteso ad altre regioni come l'Estremadura nella Spagna sud-occidentale e le Isole Canarie. (22)

L'*ageing population* non ha risparmiato neppure la regione galiziana della Spagna, dove il Dipartimento della Salute della Galizia ha introdotto diverse soluzioni tecnologiche, sociali o organizzative innovative per offrire servizi integrati e sostenibili, al fine di garantire alla popolazione anziana di questa regione un più rapido accesso a cure di qualità.

L'*Innova-Saúde* è un piano di innovazione sanitaria, che è stato cofinanziato, nell'ambito di un piano operativo di ricerca e sviluppo a beneficio delle imprese, dal Fondo tecnologico 2007-2013.

Innova-Saúde si è concentrato principalmente su alcuni progetti e vari sottoprogetti:

- assistenza sanitaria *patient-centered*, incentrata sui malati cronici. Per perseguire questo scopo, i servizi sanitari di *InnovaSaúde* sono stati basati sullo sviluppo di nuovi strumenti *offshore* come la teleassistenza, il telemonitoraggio e siti web 2.0, al fine di evitare inutili ammissioni o l'utilizzo di servizi ospedalieri obsoleti e favorire un rapido accesso all'assistenza;
- assistenza sanitaria sicura e veloce che applica nuove soluzioni tecnologiche per ridurre il più possibile gli errori umani professionali;
- assistenza sanitaria intelligente, al fine di garantire una consegna ottimale di servizi sicuri e di qualità.

Gli obiettivi principali di *Innova-Saúde*, erano:

- stabilire un modello di innovazione aperta tra i diversi operatori sanitari della Comunità autonoma della Galizia al fine di migliorare le conoscenze, le capacità e le potenzialità;
- trovare e pianificare attentamente soluzioni innovative per rispondere alle sfide e alle esigenze attuali e future dei sistemi sanitari;
- sviluppare modelli di *business* per sfruttare al meglio i prodotti e i servizi generati nell'ambito dei progetti di collaborazione;
- riunire aziende complementari provenienti da diversi settori intorno a progetti di alto valore sanitario, che consentono l'apertura di nuove linee di *business* e l'ingresso in nuovi mercati;
- stabilire un nuovo modello di relazione al fine di favorire sinergie rapide e durature tra i diversi agenti dell'ecosistema sanitario; Servizio sanitario galiziano (Sergas), diverse amministrazioni come il Ministero della Scienza e dell'Innovazione (Micinn), aziende e centri di conoscenza.

Per il raggiungimento dei suoi obiettivi, questo piano di innovazione sanitaria, si è servito di 14 sottoprogetti:

- *Mobile point of Diagnosis and therapy care* (Punto Mobile di Diagnosi e Terapia);
- *Hospital at home*;
- *Medical Imaging Centre*;
- Prodotti di *telehealth* multispecialistici;
- Casa digitale - Accessibilità ai servizi sanitari;
- 2.0. Paziente esperto - Innovazione e informazione attiva per i pazienti;
- Sistema intelligente di avvisi multilivello;

- Unità di simulazione medica avanzata;
- Sistemi di diagnosi e ausilio computerizzati;
- 3.0 *Professional*, gestione della conoscenza professionale ed interscambio tra professionisti;
- Spazio innovativo nei servizi sanitari;
- Sistema integrato di informazioni e gestione dei dati clinici ed epidemiologici per la ricerca;
- Trasferimento dei risultati di progetti di ricerca e di innovazione sanitaria;
- Sistema integrato di digitalizzazione, indicizzazione, archiviazione e gestione delle informazioni cliniche.

InnovaSaúde, inoltre, promuoverà il *Public Innovative Purchase (Compra Pública de Innovación - Cpi)*, uno strumento di *Innovation Policy* incentrato sul rafforzamento dell'innovazione e dell'internazionalizzazione attraverso il coordinamento e il rafforzamento della domanda tecnologica.

La *Compra Pública de Innovación (Cpi)* persegue i seguenti obiettivi:

- il miglioramento dei servizi pubblici attraverso l'incorporazione di beni o servizi innovativi;
- la promozione dell'innovazione aziendale;
- la spinta a internazionalizzare l'innovazione utilizzando il mercato pubblico locale come cliente di lancio o di riferimento.

L'acquisto pubblico di innovazione si concretizza per mezzo di 2 strumenti:

- *Compra Pública Pre-comercial (CPPc)* consiste nella contrattazione di servizi di ricerca e sviluppo, attraverso il dialogo competitivo tra l'acquirente (ente pubblico) e molteplici società private, per la progettazione e lo sviluppo di prototipi che, attraverso successive fasi eliminatorie secondo efficienza ed efficacia, definiscono la migliore soluzione per un potenziale domanda pubblica. Il CPPc è collegato alla fase di ricerca e svolge attività per la progettazione, la creazione di prototipi, i test-pilota e le fasi di pre-produzione, fermandosi prima della produzione e vendita commerciale. L'acquirente pubblico quindi, non riserva i risultati della ricerca e dello sviluppo per uso esclusivo, ma condivide rischi e benefici con le aziende.
- *Compra Pública de Tecnología Innovadora (CPTi)* consiste nell'acquisto pubblico di un bene o servizio che non esiste al momento dell'acquisto, ma che può essere sviluppato in un ragionevole periodo di tempo. Questo acquisto richiede lo sviluppo di tecnologie nuove o migliorate per soddisfare i requisiti richiesti dal compratore (23) (24).

Hospital 2050 (H2050) è stato anch'esso un piano di innovazione sanitaria incentrato sullo sviluppo di tecnologie in grado di dare vita all'ospedale del futuro che consenta attraverso l'innovazione di conseguire migliori risultati sia in termini di salute per il paziente che di risparmio per il sistema sanitario. Attivato attraverso un processo di appalto pubblico innovativo, cofinanziato con fondi Feder, si è concluso nel 2015 e ha previsto la realizzazione di 9 progetti:

- Sistema di Gestione Intelligente nei Servizi di Emergenza, i cui obiettivi erano quelli di assicurare continuità di assistenza tra i diversi livelli di assistenza; monitorare i pazienti durante l'emergenza; facilitare e standardizzare la comunicazione tra i professionisti che forniscono servizi; ridurre la variabilità nella pratica clinica; fornire ai manager strumenti per supportare

il processo decisionale, generando indicatori che mostrano lo stato del servizio, offrendo dati storici e in tempo reale;

- Tracciabilità completa di pazienti e risorse, come lo sviluppo di un sistema integrato che faciliti i professionisti a conoscere, la posizione fisica di pazienti e professionisti;
- Robotizzazione ospedaliera, mirando ad ottenere la tracciabilità dei farmaci, sia all'interno che all'esterno dell'ambiente ospedaliero, integrando l'automazione dei processi di conservazione, dispensazione e somministrazione di farmaci;
- Ospedale autosostenibile, con una migliore efficienza energetica, utilizzo di energie rinnovabili, sistemi di archiviazione e gestione automatica centralizzata delle risorse energetiche;
- Nuovo HIS 2050 – Sistema Integrale della Gestione dei Pazienti;
- Stanza intelligente, il cui sottoprogetto consentirà, da un lato di eseguire il monitoraggio automatico dei segni vitali del paziente, con ottimizzazione nel tempo del personale ed un miglioramento nella sicurezza e nella tracciabilità del registro, d'altra parte migliorerà la comunicazione del paziente con il mondo esterno, il comfort e lo svago del paziente;
- Ricovero ospedaliero innovativo, caratterizzato da aspetti direttamente correlati al ricovero in ospedale sperimentale, quali un'area tecnologica per il controllo dell'ospedalizzazione, un'area specifica di sviluppo e controllo delle applicazioni installate, spazi per terapie alternative/sperimentali (nuovi spazi orientati al tempo libero, integrazione sociale dei pazienti e sale per terapie alternative). Inoltre tale progetto consta anche di aspetti relativi all'auto-sostenibilità dell'edificio ospedaliero stesso e di misure di efficienza energetica architettonica (architettura bioclimatica);
- Ospedale Digitale Sicuro, con la creazione di un laboratorio sicuro tramite un sistema di gestione integrato per i diritti in materia di leggi sulla protezione dei dati e con miglioramenti nella sicurezza dei pazienti e del personale;
- Conservazione delle informazioni cliniche, attraverso l'ottimizzazione del ciclo di vita dei dati; misure di sicurezza per il backup dei dati; sviluppo di sistemi automatizzati innovativi che consentano un flusso di dati continuo tra diversi centri sanitari; procedure innovative che garantiscono la riservatezza nell'accesso ai dati clinici.

I progetti associati a *H2050*, sono stati strutturati attorno a tre assi principali:

- ospedale sicuro attraverso lo sviluppo di soluzioni che garantiscano la sicurezza e la fiducia del paziente nell'assistenza sanitaria ricevuta, nonché la sicurezza di dirigenti e professionisti nella fornitura di un'assistenza efficiente;
- ospedale verde con programmi per l'uso efficiente di acqua ed energia, gestione completa di residui solidi e liquidi e corretta manipolazione di sostanze chimiche, garantendo il rispetto delle attuali normative ambientali e sanitarie;
- ospedale sostenibile ed efficiente, attraverso un uso efficiente di acqua ed energia, gestione integrale dei rifiuti solidi e liquidi e una corretta gestione delle sostanze chimiche, l'educazione ambientale, la sicurezza, la qualità nella cura del paziente, porterà a ridurre i costi, a diminuire il consumo energetico e a migliorare la logistica aumentando la produttività.

Il risultato finale di questo progetto è stata la dimostrazione su scala di valutazione fisica delle strutture dell'ospedale del futuro di Ourense.

I vantaggi di questo approccio sostenibile influenzeranno diversi campi: la riduzione dei rischi am-

bientali e occupazionali, l'educazione ambientale, la salute e sicurezza, la qualità dell'assistenza ai pazienti, la riduzione dei costi, la riduzione del consumo energetico, la logistica e il miglioramento della produttività (25).

Negli ultimi anni, il Sistema sanitario spagnolo, e non solo, ha dovuto fronteggiare l'aumento progressivo dei costi di gestione causato dall'invecchiamento della popolazione e dall'espandersi delle malattie croniche multifattoriali. Tali criticità possono essere superate grazie alle odierne tecnologie digitali, alle innovazioni di rete, dei processi di cura e della comunicazione, sempre più orientati verso la personalizzazione della cura della salute e la sostenibilità del sistema sanitario.

Hospital Clínic di Barcellona, fondato nel 1906, ha una lunga tradizione di ricerca e innovazione che lo rendono un'istituzione di riferimento. L'ospedale *Clínic* è l'ospedale della comunità locale per una popolazione di 300.000 abitanti nell'ovest di Barcellona e funge anche da ospedale terziario per casi molto complessi, trattando pazienti provenienti da altre zone della Catalogna, dal resto della Spagna o anche dall'estero. Questa struttura appartiene a un trust che gestisce 3 centri di assistenza primaria nello stesso bacino di utenza di Barcellona e ha forti alleanze con centri di salute mentale e di assistenza sociale. Opera attraverso le organizzazioni *Idibaps (Istituto di ricerca biomedica August Pi i Sunyer)* e *ISGlobal (Istituto di Barcellona per la salute globale)*. *Idibaps* è un centro di ricerca pubblico dedicato alla ricerca traslazionale nel campo della biomedicina. *ISGlobal* invece, offre un centro di eccellenza dedicato alla ricerca scientifica e alla fornitura di assistenza sanitaria.

Hospital Clínic di Barcellona è un ospedale universitario pubblico, con un doppio orientamento:

- da un lato è un ospedale comunitario, per un bacino di utenza corrispondente a ovest di Barcellona (in catalano *Barcellona Esquerra*) di 540.000 abitanti, dove sono organizzati servizi di assistenza acuta in combinazione con altri ospedali per acuti di media dimensione in zona;
- dall'altro è un centro di riferimento per media e alta complessità e un ospedale terziario per diverse patologie e interventi sia a livello spagnolo che internazionale.

L'Ospedale *Clínic* ha creato negli ultimi anni alleanze strategiche con altri fornitori a Barcellona Esquerra, per risolvere i problemi di assistenza più diffusi e affrontare il carico di cronicità nel territorio. Sta creando reti con ospedali di altre aree della Catalogna, concentrando presso le strutture ospedaliere quei processi che richiedono tecnologie specializzate o competenze professionali. A livello internazionale, *Hospital Clínic* promuove poi reti di *partnership* con i migliori ospedali e università per l'innovazione e la ricerca.

Obiettivi dell'ospedale *Clínic* sono stati:

- implementare nuove unità multidisciplinari centrate sulle patologie, sviluppando sistemi di informazione per supportare e migliorare le decisioni cliniche e garantire che le decisioni siano prese in base alle evidenze ed alla valutazione degli *outcome* di salute;
- progredire verso una medicina preventiva, predittiva, personalizzata e partecipativa (medicina P4);
- definire nuovi ruoli per gli infermieri nei programmi di gestione delle malattie croniche guidati dall'ospedale;
- fungere da volano per il cambiamento e il miglioramento della qualità dell'assistenza, poten-

ziando la ricerca come base per l'innovazione per raggiungere risultati ottimali per la salute e formando i migliori professionisti sanitari.

Infine, *Hospital Clinic* fa affidamento sull'ampia partecipazione dei professionisti ospedalieri, garantendo le loro implicazioni nella gestione e nella *governance* dell'ospedale, creando meccanismi di responsabilità e comunicando con trasparenza a tutti i soggetti interessati, sia interni che esterni, e in particolare agli operatori sanitari e al Dipartimento della Salute. L'ospedale *Clinic* cerca di mantenere un ospedale sostenibile e di promuovere nuove fonti finanziarie, complementari e sinergiche con le attività di sanità pubblica dell'ospedale (26).

La gestione della salute, utilizzando una tecnologia innovativa, fornisce assistenza continua durante la vita di una persona e, potenzialmente, previene l'ospedalizzazione non necessaria, riducendo così i costi complessivi del sistema. Come già visto per la regione della Galizia, anche i Paesi Baschi hanno introdotto, rispondendo ad esigenze dettate dalla crescita demografica e anagrafica della propria popolazione, innovazioni per aumentare la qualità e migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria fornito dal proprio sistema.

Il Sistema sanitario dei Paesi Baschi fornisce assistenza sanitaria pubblica a oltre due milioni di abitanti, di questi quasi il 18% ha già superato i 65 anni. Come risultato diretto di questa popolazione che invecchia, la prevalenza e la complessità delle malattie croniche sono aumentate insieme alla spesa sanitaria totale. Si stima infatti che l'80% delle interazioni dei pazienti con il Sistema sanitario pubblico basco sia collegato a malattie croniche, consumando circa il 77% del budget totale per la salute.

Il fenomeno della cronicità richiede un modello di cura diverso basato su:

- diagnosi sanitaria e sociale completa del paziente;
- interventi proattivi, preventivi (primari e secondari) e di riabilitazione;
- *empowerment* del paziente e dei *caregiver* nei confronti della propria condizione e delle attività preventive;
- un approccio con una "visione individuale" a tutti i livelli di assistenza (primaria, specialistica, salute mentale, emergenze, servizi sociali, lavoro, etc.).

In questo contesto, come parte della strategia di trasformazione della politica sanitaria basca, il Servizio sanitario basco (*Osakidetza*) e *Accenture*, una multinazionale che offre servizi e soluzioni innovative nei settori *strategy, consulting, digital, technology e operations*, hanno collaborato a due progetti chiave:

- un *Centro di Assistenza Sanitaria Multicanale (Mhsc)*, esempio di innovazione centrata sul paziente, che consente l'accesso all'assistenza sanitaria attraverso diversi canali di comunicazione innovativi;
- e la telemedicina, per il monitoraggio dei pazienti anziani affetti da patologie croniche, *Teki*.

Il *Centro di Assistenza Sanitaria Multicanale (Mhsc)*, sviluppato nel 2011 per il trattamento delle patologie croniche, ha avuto come obiettivo la riduzione del numero di interazioni paziente-medi-

co che richiedono incontri dal vivo, canalizzandole verso metodi di comunicazione alternativi quali web, telefono, sms e tv digitale. Oltre a ridurre il costo dei servizi sanitari, questa strategia ha contribuito a migliorare la qualità della vita dei pazienti, ora più controllati e responsabili grazie ad interazioni più frequenti e regolari.

Queste piattaforme di comunicazione e di gestione della salute hanno contribuito inoltre, a ridurre il numero di emergenze, le riammissioni ospedaliere e gli spostamenti dei pazienti.

I canali alternativi di comunicazione, hanno reso disponibili:

- le procedure amministrative (gestione degli appuntamenti di assistenza primaria, promemoria e conferma degli appuntamenti, richiesta di certificazione medica, gestione della tessera sanitaria personale);
- le informazioni di carattere generale sull'assistenza sanitaria (gamma di servizi sanitari, elenchi dei centri sanitari, cliniche notturne e farmacie di turno);
- la promozione della salute;
- l'informazione e l'educazione attraverso i forum dei pazienti per l'adozione di stili di vita sani;
- i promemoria delle vaccinazioni e informazioni sui programmi di sanità pubblica;
- la formazione per i pazienti cronici;
- il servizio di assistenza domiciliare di telemedicina (sistemi di valutazione a distanza e monitoraggio telemetrico) per pazienti cronici domiciliari, pazienti con patologia multipla e soggetti con patologie avanzate o instabili.

Mhsc ha consentito anche al cittadino di accedere via web alle informazioni personali di salute (27) (28).

Il Servizio di telemedicina *Teki*, che utilizza una tecnologia Microsoft progettata per essere accessibile alle persone anziane, consente ai pazienti, consultazioni e riabilitazione direttamente nelle loro case, monitorati a distanza dal centro multicanale. L'obiettivo di questa iniziativa è stato quello di ridurre il numero di pazienti (attualmente il 23%) che necessitano di riospedalizzazione nei mesi successivi al ricovero. Il primo pilota è stato eseguito con pazienti cronici respiratori Bpco, prevalentemente maschi con un'età media di 72 anni che avevano avuto almeno un ricovero in ospedale a causa di una esacerbazione nell'ultimo anno.

Gli utenti hanno ricevuto a casa una scatola *Kinect* con un *kit* di misurazione sanitario completo (spirometro, cardiofrequenzimetro), una connessione Internet sicura e un display visivo (in genere un televisore), tutti collegati ad un'unità di elaborazione centrale per l'interazione con il paziente.

Tramite un'interfaccia sullo schermo Tv, è stato possibile:

- comunicare con il proprio medico in videoconferenza, con messaggi vocali o di testo;
- fare fisioterapia, guidati da figure animate, e controllati dal monitoraggio del medico grazie alla tecnologia 3D di rilevamento della profondità di *Kinect*.

Allo stesso modo, il medico può controllare i parametri vitali, informarsi sui loro sintomi e rispondere alle domande. Inoltre, l'interfaccia consente agli utenti di compilare questionari relativi ai loro sintomi tramite il controllo gestuale (29).

I pazienti hanno utilizzato la tecnologia nelle loro case ed hanno condiviso i dati clinici con un *team* presso l'Ospedale Universitario di Áraba a Vitoria. *Teki* ha consentito ai pazienti con patologie croniche di "vedere" rapidamente i loro medici tramite l'unità Microsoft *Kinect* collegata a Internet, riducendo così il numero di visite fisiche che richiedono tempo, costi dell'intervento/ricovero e, infine, migliorando la qualità del monitoraggio.

Una volta confermati i risultati clinici, il progetto *Teki* sarà esteso per includere più pazienti con Bpco con altri profili nei Paesi Baschi. Prossima tappa potrebbe essere l'estensione di *Teki* direttamente su smartphone e tablet (30).

La sfida e l'opportunità presentate dalla cronicità nei Paesi baschi ha portato anche allo sviluppo di *e-pharmacy* e *e-prescription*. Infatti, l'uso corretto dei farmaci e la loro corretta somministrazione costituisce parte integrante della buona gestione delle malattie croniche e consente, attraverso l'innovazione tecnologica, di migliorare la qualità dell'assistenza offerta. Ciò richiede una migliore gestione dei farmaci ottenuta tramite l'informazione e l'educazione dell'utente, una migliore prescrizione nell'assistenza primaria e ospedaliera, oltre che dal processo di somministrazione del farmaco stesso.

La prescrizione elettronica comporta l'integrazione delle procedure di fornitura farmaceutica (prescrizione, autorizzazione, distribuzione e fatturazione) su tecnologie informatiche. Consente di passare dal concetto di prescrizione del farmacista all'instaurarsi di piani farmacoterapeutici integrati.

L'introduzione dell'*e-prescription* aumenterà il controllo, la sicurezza e la qualità del trattamento farmacologico della popolazione affetta da patologie croniche, responsabilizzando il ruolo del cittadino/paziente nell'autogestione.

La prescrizione elettronica è, quindi, un potente strumento che, contribuirà a:

- promuovere il ruolo del cittadino al centro del sistema sanitario;
- promuovere l'integrazione e la continuità dell'assistenza sanitaria;
- migliorare la sicurezza dei pazienti;
- aumentare l'efficienza nell'uso dei farmaci;
- migliorare l'assistenza ai pazienti cronici.

L'obiettivo è stato quindi creare una singola registrazione farmacoterapeutica elettronica del paziente che comprenda tutti i livelli di assistenza, rendendo disponibili le informazioni necessarie a ciascuno dei diversi protagonisti coinvolti, raggiungendo l'integrazione della prescrizione-dispensazione. Data l'efficacia dell'innovazione, *e-prescription* è stata estesa in tutto i Paesi Baschi già nel 2013, aumentando l'uso sicuro ed efficiente dei medicinali, eliminando le visite "amministrative" ai centri e risparmiando tempo e viaggi per i cittadini (28).

La Spagna spende circa il 9,5% del suo Pil per la salute, il finanziamento pubblico contribuisce al 7% e l'assicurazione sanitaria privata il 2,5%. Per mantenere la sostenibilità del Sistema sanitario si fa sempre più ricorso all'introduzione di innovazioni per migliorare l'assistenza e i trattamenti in riferimento alle diverse patologie.

Ribera Salud è la principale organizzazione di gestione sanitaria in Spagna. Fondata nel 1997, *Ribera Salud* è l'unica società in Spagna esclusivamente dedicata al modello di partenariato pubblico privato (Ppp) che opera iniziative di collaborazione pubblico-privata. Nello stesso anno, ha sviluppato un sistema di gestione " *Modello Alzira* " per la collaborazione pubblico-privato nel settore sanitario, basato su un'assistenza di qualità e sulla promozione della salute della popolazione attraverso strategie cliniche innovative ed un costante investimento in tecnologia. *Ribera Salud* ha promosso un'organizzazione innovativa di processi clinici e obiettivi per ogni livello di assistenza:

- l'integrazione tra il medico di base e l'assistenza ospedaliera migliora l'assistenza continua incentrata sul paziente e il suo *caregiver*. L'assistenza primaria è il punto di contatto iniziale per l'assistenza; per raggiungere questo sistema integrato è stato sviluppato un modello basato sulle tecnologie dei sistemi informativi (Ist), un sistema di gestione clinica per promuovere la qualità e l'efficienza, dove le cartelle cliniche sono condivise elettronicamente tra l'ospedale, il medico di base e i pazienti, in modo da facilitare la continuità longitudinale delle cure. Gli specialisti utilizzano processi e algoritmi sanitari integrati per aiutare nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche;
- l'ospedale è parte integrante della rete sanitaria. Il " *Modello Ospedaliero* " è adottato come un elemento importante della struttura organizzativa che:
 - presuppone il coordinamento di specialisti;
 - comunica al paziente informazioni mediche cliniche in modo comprensibili;
 - garantisce la continuità delle cure;
 - coordina le cure per conto del medico di famiglia durante l'ospedalizzazione fino al ritorno del paziente nelle cure primarie, garantendo continuità tra i diversi livelli di cura.
- *Partnership* con la comunità, attraverso la collaborazione con altre organizzazioni all'interno della comunità, come i Comuni, le associazioni e le scuole, per fornire uno sforzo coordinato rivolto alla promozione di stili di vita sani e alla soddisfazione delle esigenze di assistenza sanitaria all'interno della comunità.

Nel 2012, *Ribera Salud* ha implementato un piano strategico per soddisfare le esigenze della popolazione sana e dei pazienti con malattie croniche. È stato attivato un *call-center* attivo H24 che assiste i pazienti in caso di problemi di salute, attraverso un sistema di gestione dei casi che risponde alle esigenze individuali, con terapie domiciliari, dove necessario, o con il monitoraggio remoto per i pazienti con insufficienza cardiaca.

Nel 2012, *Ribera Salud* ha progettato e lanciato il programma *Plan for Chronic Patients*, un piano di assistenza per pazienti di età superiore ai 75 anni con più di due malattie croniche, trattamenti complessi ed esposizione a più farmaci. Per supportare questi pazienti, sono stati creati *team* di professionisti tra cui medici generici, infermieri, professionisti della salute mentale e operatori sociali, è stato offerto aiuto domestico con enfasi sulla tecnologia che ha facilitato l'identificazione e il monitoraggio di questi pazienti. Un anno dopo, il programma pilota è cresciuto fino a 4.539 pazienti, dimostrando una diminuzione di circa il 25% nell'uso dei Pronto soccorso e una diminuzione delle riospedalizzazioni del 27% (31). ●

SVEZIA

Con l'introduzione di innovazioni come la telemedicina si affermano nuovi paradigmi nel rapporto medico-paziente volti a porre il paziente al centro del percorso clinico, riducendo i tempi di accesso all'assistenza e gli sprechi di risorse. In questo senso, il progetto di teleradiologia, lanciato in Svezia nel 2006, ha consentito ai reparti di radiologia degli ospedali aderenti, di connettersi ed espandere le prestazioni dei loro servizi per far fronte ad una carenza di radiologi e per garantire un maggiore e rapido accesso al servizio. I tecnici di radiologia degli ospedali di Sollefteå e Borås effettuano infatti, esami di risonanza magnetica (Mri) e tomografia computerizzata (Ct), e le immagini, per i casi non classificati come urgenti, vengono inviate alla Clinica di Telemedicina di Barcellona (Tmc) per l'analisi, attraverso la rete per l'assistenza sanitaria Sjunet (*Swedish secure ICT network for healthcare*), con un tempo di risposta quantificabile in 24-48h. L'obiettivo di questa innovazione di telemedicina, è stato accorciare le liste di attesa dei pazienti, facendo sì che gli ospedali possano far fronte alla carenza di specialisti nel settore in Svezia e possano dedicarsi ai casi urgenti in loco.

L'analisi dei costi per i due ospedali ha mostrato che la spesa è diminuita di circa il 35% nel 2007, con un risparmio, già a partire dal secondo anno di attività, di circa 800.000 € all'anno.

I servizi della Tmc hanno consentito all'ospedale di continuare a soddisfare la crescente domanda e di ridurre i tempi di attesa da 52 a 22 settimane per le scansioni Mri e da 12 a 6 settimane per le scansioni Ct (32).

Tra le innovazioni di processo, in termini di livelli di assistenza e percorsi/trattamenti e in riferimento alle diverse patologie possibile target ti tali interventi, si colloca *The Swedish Rehabilitation Guarantee* (La Garanzia Di Riabilitazione, *Srg*). A seconda della patologia target e del quadro clinic specific dei pazienti coinvolti in questo programma, esso fornisce:

- terapia cognitivo comportamentale (Cbt) per i pazienti con disturbi mentali e comportamentali leggeri o moderati;
- riabilitazione multimodale (Mmr) con un *team* polispecialistico (fisioterapista, terapeuta occupazionale, comportamentista socionomo o psicologo e medico, a volte anche infermiere) per coloro i quali presentano dolore muscolo-scheletrico a schiena, collo e spalle da almeno 3 mesi, o con dolore generalizzato come fibromialgia.

Il programma ha coinvolto pazienti che vivono nella regione svedese di Skåne al sud della Svezia ed è stato introdotto con lo scopo di prevenire l'assenza lavorativa per malattia e favorire il ritorno tempestivo all'attività lavorativa dei pazienti affetti.

La riabilitazione multimodale (Mmr) è divisa in 2 livelli, determinati sulla base della complessità dei problemi della persona riguardo al grado di emozione negativa (depressione o ansia), di paura e di capacità di svolgere le attività quotidiane:

- il livello 1 è offerto nell'assistenza primaria;
- il livello 2 nell'assistenza specialistica.

La terapia cognitivo comportamentale (Cbt) ha ridotto le assenze lavorative dovute a malattia, indipendentemente dallo stato del paziente all'inizio del programma. Per entrambi i pazienti Cbt e Mmr, il numero di visite mediche nell'anno successivo è aumentato come conseguenza della riabilitazione stessa.

I costi totali del programma sono stati considerevoli, ma inferiori rispetto ai costi dell'assistenza sanitaria e del sistema di sicurezza sociale di quelle malattie. Sebbene non sia stato intrapreso uno studio costi-benefici formale, le prove confermano che il programma Cbt è stato un investimento economicamente vantaggioso utilizzando un *follow-up* di almeno 2 anni (33) (34).

Sempre in Svezia, con l'obiettivo di mettere in rete pazienti e centri clinici, così da favorire la standardizzazione dei processi, la ricerca e la partecipazione ai *trial* nazionali e internazionali sono stati creati circa 100 "registri nazionali della qualità", sulle patologie più diffuse. Questi contengono, per ogni paziente, i dati demografici, le caratteristiche del *provider*, la struttura di cura, gli interventi medici (comprese le esperienze riferite dal paziente, PREMs) e i risultati dei trattamenti (compresi gli *outcome* riferiti dai pazienti, PROMs). Ogni Registro Nazionale di Qualità (*National Quality Registries - Nqr*) è gestito da un gruppo multiprofessionale di esperti nazionali e spesso pazienti. Compito del Ministero della salute e del *Welfare*, insieme ai Consigli provinciali e regionali svedesi, è di finanziare questi, in un rapporto rispettivamente del 70% e 30%, secondo l'integrazione fornita dal registro (50-800.000 \$ all'anno per registro).

Più che una semplice *repository* per i dati, questo sistema di assistenza e apprendimento, supportato dal registro nazionale cui si è fatto in precedenza riferimento, consente un approccio sinergico al miglioramento della salute, della pratica clinica, del *reporting* pubblico e della ricerca consentendo una medicina *value-based* e la standardizzazione dei processi, ora misurabili. Il risultato è uno strumento a supporto alle decisioni cliniche (una *dashboard*) che mira a consentire al paziente e al fornitore di lavorare insieme per migliorare lo stato di salute del paziente e della popolazione tutta. I dati di ogni visita vengono immediatamente riportati nel registro nazionale.

Questo sistema utilizza 3 moduli in relazione a 3 differenti livelli:

- livello del paziente, i *Patient reported outcomes* (PROs) rilevanti per la malattia e la situazione di vita del paziente sono riportati in un modulo detto Per (*Patientens Egen Registrering, or Patient's sElf Registration*) e possono essere visualizzati durante il decorso della malattia e la risposta ai trattamenti. I pazienti possono accedere al modulo tramite un portale web nazionale protetto chiamato *My Health Care Contacts* o attraverso un computer/tablet nella sala d'attesa della clinica;
- livello clinico, comprende un sistema di supporto alle decisioni cliniche e un database Nqr locale. I dati sui farmaci prescritti e gli esiti attuali dei pazienti sono riportati su un cruscotto per la valutazione dei risultati e il processo decisionale con il paziente;
- livello nazionale, i dati riportati nei moduli clinici delle cliniche svedesi, confluiscono in un registro nazionale della qualità che memorizza dati individuali su pazienti, interventi e risultati. Il modulo nazionale comprende diversi sistemi di *feedback* per la valutazione della qualità dell'assistenza, *benchmarking* delle prestazioni, relazioni pubbliche e analisi. I set di dati possono essere esportati dal database nazionale per la ricerca.

La maggior parte dei registri opera in parallelo con le cartelle cliniche elettroniche (Ehr) e quando un fornitore utilizza una Ehr nel percorso di cura, con un solo clic può accedere al *Nqr* del paziente, consentendo di risparmiare tempo, riducendo gli errori medici e permettendo l'uso del registro come sistema di supporto decisionale in tempo reale piuttosto che come audit retrospettivo dell'assistenza.

Molti pazienti e fornitori apprezzano l'approccio *Nqr* ed è probabile che il sistema contribuisca:

- ad abbassare i costi;
- ad ottenere migliori risultati di salute (consente ai fornitori di sviluppare servizi clinici più efficaci utilizzando dati in tempo reale e longitudinali nelle consultazioni con i pazienti garantendo anche un approccio centrato sul paziente).

Il risultato è, pertanto, sinergico:

- i pazienti possono ottenere un'importante riduzione di malattia e migliorare la loro competenza di autogestione;
- i fornitori possono fornire assistenza diretta in modi sempre più *smart* unendo reti di apprendimento per condividere le migliori pratiche e offrire test sistematici di nuove innovazioni;
- i responsabili dell'assistenza possono fornire assistenza sanitaria di valore;
- i ricercatori possono ottenere un migliore accesso ai dati dei pazienti e fornire conoscenze scientifiche utili;
- le aziende farmaceutiche, i produttori di dispositivi e gli sviluppatori Hit possono acquisire maggiori conoscenze sull'efficacia dei loro prodotti.

Infine, l'approccio può creare le condizioni per aumentare la probabilità che i pazienti ricevano cure uniformi di alto valore indipendentemente dalla loro posizione geografica (35) (36) (37).

I nuovi modelli di gestione delle cure, unitamente ad un contesto tecnologico sempre più evoluto, stanno determinando una presenza diffusa di tecnologie digitali indispensabili al processo di trasformazione del settore sanitario, contribuendo a migliorare l'accesso alle cure e generando una riduzione dei *budget* per la spesa sanitaria.

In relazione a ciò, il consiglio di contea di Värmland, nella regione dello Svealand, in Svezia, ha guidato il progetto pilota di assistenza sanitaria digitale per i suoi cittadini, che ora possono scegliere di avere appuntamenti con un medico direttamente online.

Fondata nel 2014 da Johannes Schildt, Fredrik Jung-Abbou, Josefin Landgård e Joachim Hedenius, la *start-up* KRY mira a fornire assistenza sanitaria h24, 7 giorni su 7, per i pazienti di tutto il mondo con medici disponibili digitalmente, anche durante la sera o nel fine settimana. L'obiettivo di KRY è offrire un'assistenza sanitaria equa e accessibile in pochi minuti, anche a chi soffre di disabilità mentale/fisica, riducendo la pressione sui *provider* di servizi sanitari tradizionali.

Per i pazienti è possibile scaricare l'app *Kry*, disponibile su iOS e Android, tramite smartphone o tablet, accedervi in modo sicuro attraverso *BankID* e selezionare un orario adatto per un videoappuntamento con un medico. Prima dell'appuntamento, il paziente descrive i propri sintomi, ca-

rica le eventuali immagini pertinenti e risponde a domande specifiche sui sintomi. All'ora programmata, il medico chiama il paziente attraverso l'app per la video-consulazione; durante la videochiamata, i pazienti possono ricevere prescrizioni per farmaci, consigli, rinvio ad uno specialista o a test in laboratorio o direttamente a casa con un appuntamento di *follow-up*. I farmaci prescritti e i test possono essere consegnati direttamente a casa del paziente entro due ore. La video-consulenza, della durata di 15 minuti circa, è crittografata per garantire la *privacy*. Il medico crea una cartella clinica del paziente che non è memorizzata direttamente nel sistema *Kry*, ma resta consultabile dal paziente o dal medico nella successiva consulenza; alla fine della conversazione è possibile lasciare un *feedback*. Gli utenti possono anche prenotare una visita presso un ambulatorio medico, direttamente tramite *Kry*.

Le videoconsultazioni di *Kry* costano 250 corone svedesi (circa 25 £/31 \$) per sessione, la stessa tariffa di quella pagata per gli appuntamenti standard con i medici in Svezia, invece per bambini, giovani fino a 20 anni ed adulti sopra gli 85 anni sono sempre gratuite.

Kry è stato definitivamente lanciato in Svezia nel 2015, attualmente è in grado di gestire il 60% delle 100 diagnosi più comuni nell'assistenza sanitaria primaria e fornisce oltre l'1% di tutte le cure primarie in Svezia, impiegando oltre 200 medici. Visti i risultati ottenuti, *Kry* è ora disponibile anche in Norvegia e in Spagna dove raggiunge oltre 100.000 utenti (38) (39). ●

REGNO UNITO

Nonostante la recessione e l'austerità globali, le innovazioni adottate nel Regno Unito hanno sempre cercato di rispondere a una popolazione in crescita, sempre più anziana e con molteplici bisogni di salute.

Il progetto *Shine*, ad esempio, lanciato nel 2010, è stato un modo olistico di rispondere all'aumento dei prezzi dell'energia e dare assistenza agli abitanti nel distretto londinese di Islington che risiedessero in case fredde, umide, causa spesso di mortalità, morbilità o ricovero ospedaliero. I servizi forniti all'interno di *Shine* hanno previsto una *partnership* tra attori del settore pubblico, del privato e del volontariato, con lo scopo di migliorare la qualità dei servizi erogati dai diversi attori, l'equità sociale e la soddisfazione degli utenti. Infatti, attraverso questo programma è stato reso possibile l'accesso rapido ed economico a oltre 25 diversi interventi sanitari stagionali (come ad esempio consulenze sul benessere e lo stato di salute, visite di efficienza energetica domestica, valutazioni delle cadute e *training* per smettere di fumare).

Gli obiettivi di questo progetto sono stati:

- ridurre il numero di persone a rischio di povertà energetica;
- ridurre il numero di morti e ricoveri ospedalieri;
- fornire un unico punto di riferimento per le organizzazioni interessate;
- raggiungere i quartieri difficili e difficilmente raggiungibili.

Target del progetto sono stati gli anziani, le popolazioni ad alto rischio, i gruppi a basso reddito e le persone con disabilità. Tra dicembre 2010 e ottobre 2013 il programma ha ricevuto 4.150 referenze, il 72% dei referenti riteneva che *Shine* aggiungesse valore al proprio servizio e il 62% riteneva che *Shine* li aiutasse ad assistere i propri utenti. A seguito del *feedback* positivi, i servizi offerti da *Shine* sono stati implementati (rinvii di debito e consulenza finanziaria, lavori di manutenzione e controlli di sicurezza domestica).

All'interno di questo progetto e grazie ai finanziamenti ricevuti attraverso il Premio europeo per l'innovazione nella pubblica amministrazione, alla fine del 2013, è stato avviato un corso per i giovani residenti sulla gestione domestica (capacità finanziaria, risparmio sulle bollette energetiche, prevenzione umidità e condensa, creazione bilancio familiare equilibrato e interventi per ridurre il rischio di surriscaldamento tra i residenti vulnerabili).

Inoltre, visti i risultati e la soddisfazione nei confronti del progetto, lo stesso è stato implementato nel distretto londinese di Hackney (40).

Un altro progetto innovativo implementato a livello locale è stato portato avanti nel quartiere di Lambeth a Londra. I residenti del quartiere sono circa 300.000 abitanti e vi è un'alta prevalenza di persone affette da gravi malattie mentali (Smi) rispetto alla media nazionale, con conseguenti ingenti spese per la fornitura dei servizi relativi.

Lambeth Living Well Collaborative (The Collaborative), ideata nel 2010, ha coinvolto le 4.000 per-

sone iscritte al registro Smi (grave malattia mentale) di Lambeth e le circa 2.000 persone gestite tramite *Community Teams by the South London e Maudsley Nhs Foundation Trust* (SLaM). La Cooperativa, concepita dal Servizio sanitario nazionale del Regno Unito (NHS) e dal Consiglio di Lambeth col fine di risparmiare 13 milioni £ nei servizi sociali in 4 anni, era costituita da circa 30 persone, compresi commissari, fornitori di servizi sanitari e di assistenza sociale.

L'obiettivo dell'iniziativa è stato:

- progettare una nuova offerta di servizi sui principi della co-produzione in cui cittadini e fornitori progettano e forniscono servizi congiuntamente;
- garantire un accesso ai servizi universale per tutti i cittadini affetti da condizioni a lungo termine o gravi malattie mentali;
- garantire migliore salute fisica e mentale, maggiore autodeterminazione e autonomia agli affetti da queste patologie attraverso una partecipazione alla vita quotidiana che fosse paritaria, assicurando inclusione nella società con una minore stigmatizzazione e discriminazione.

Dal gennaio 2011, l'iniziativa della *Lambeth Living Well Collaborative* ha coinvolto 15 delle 48 pratiche di assistenza primaria di Lambeth. Successivamente nell'ottobre 2013, visti i dati fortemente positivi, vi è stata un'implementazione del servizio con un cambiamento strutturale nel sistema di assistenza e supporto, attraverso una rete del benessere che ha fornito aiuto e sostegno personalizzato sul paziente e risposte attraverso *team* integrati multidisciplinari (41).

Tra le innovazioni volte a incentivare la prevenzione per ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a fattori di rischio, quali l'abuso di alcol (attualmente sottostimato nonostante l'enorme impatto sull'opinione pubblica) nel 2008, i direttori della sanità pubblica dello Cheshire e del Merseyside hanno promosso una campagna di sensibilizzazione social, gestita dal *team* di *marketing Public Health Network di ChaMP*, proprio sull'abuso di alcol, identificando come target i bevitori regolari di pub, maschi, di età compresa tra 35 e 55 anni.

L'obiettivo principale è stato quello di aumentare la consapevolezza dei potenziali danni derivanti dall'assunzione alcolica, al fine di ridurre i livelli di consumo di queste bevande pericolose, incoraggiando ad intraprendere obiettivi comportamentali per aiutare ad abbandonare le abitudini di consumo. Funzionale al progetto è stato indirizzare gli interventi per questo abuso agli appositi servizi Nhs del Cheshire e del Merseyside.

A partire da gennaio 2010, la campagna è stata promossa per 8 settimane nei pub del Cheshire e del Merseyside e comprendeva 3 diversi momenti:

- controlli medici effettuati direttamente nei pub che venivano effettuati da medici o farmacisti (tra i parametri valutati riscontriamo altezza, peso, pressione sanguigna, colesterolo, etc.);
- *Wind Down* attività che si svolgeva tra le 22:00 e le 23:00 dal lunedì al giovedì, durante la quale i clienti venivano incoraggiati a bere una bevanda alcol-free per ridurre il consumo di alcol;
- Esposizione all'interno dei pub di materiale pubblicitario (poster specchiati, supporti per banner, sottobicchieri e tazze promozionali) volto alla prevenzione dell'abuso di alcol e delle sue conseguenze (privazione di sonno ed energia e cattive condizioni di salute generale).

Grazie a colloqui privati con personale sanitario della durata di circa 30 minuti, si è evidenziato un cambiamento comportamentale che ha portato alla riduzione del consumo di alcol soprattutto per coloro che bevevano 41 pinte a settimana e ad un cambiamento nelle abitudini alimentari; inoltre, gli utenti che avevano partecipato ai controlli sanitari, tendevano a sensibilizzare gli altri sull'argomento, sponsorizzando i colloqui ed i suoi benefici, dimostrando quindi maggiore consapevolezza sui rischi e sull'importanza di accedere in anticipo al servizio prestato da professionisti della salute (42).

Le persone con esigenze o disabilità complesse per la salute, che necessitano di assistenza mentale, fisica, psichica o sociale, ricevono alti livelli di assistenza, ma spesso non sono autonomi nella scelta del fornitore del servizio, pertanto lamentano ineguaglianza nella fruizione dei servizi, depressione, insoddisfazione e ritardi nell'erogazione delle cure. L'introduzione nel 2009 dell'assegno sanitario, erogato direttamente al cittadino o gestito dal Servizio sanitario nazionale (Nhs) o da terze parti va visto nell'ottica del miglioramento della qualità del servizio offerto, dell'equità sociale, del risparmio e dell'aumento della soddisfazione da parte degli utenti che possono scegliere il *provider* e i servizi a cui accedere. Gli obiettivi dell'introduzione dell'assegno sanitario sono stati:

- incremento del *self management* del paziente, con un'assistenza pianificata in modo più dettagliato che pone maggiore enfasi sulla prevenzione e sulla soddisfazione dello stesso, sul controllo e sulla scelta dei servizi ricevuti;
- una migliore pianificazione e attenzione alle persone, in modo da ridurre poi l'accesso all'assistenza secondaria;
- una migliore soddisfazione delle persone per i servizi scelti e ricevuti;
- una personalizzazione dei servizi che consentirà anche un controllo reale dell'offerta.

I beneficiari degli assegni sanitari personali hanno, infatti, avuto un miglioramento significativo della qualità della vita sia in termini di assistenza che di benessere psicologico, comportando anche un risparmio per Nhs. I benefici maggiori si sono avuti proprio dove le persone hanno avuto più scelta e controllo nell'accesso all'assistenza.

Data la soddisfazione degli utenti e dei loro familiari per l'iniziativa, già dall'aprile del 2014, le persone che vivono in Inghilterra e ricevono assistenza continuativa o i bambini con bisogni educativi speciali e disabilità possono accedere ai *budget* sanitari personali (43).

L'attenzione iniziale sul trattamento non è sufficiente, poiché le persone hanno bisogno di un supporto continuo per vivere bene con le loro condizioni croniche. Tale considerazione ha innescato un processo di trasformazione che ci porterà da modelli assistenziali centrati sul trattamento, verso modelli di servizi più centrati sulla salute, basati sulla comunità e co-prodotti.

Il progetto *Living well with diabetes* è stato sviluppato da Red (un "*do tank*" istituito nel 2004 dal *Design Council* per affrontare le questioni sociali ed economiche attraverso l'innovazione) in collaborazione con il *Bolton Diabetes Network* (Bdn) al fine di creare un nuovo servizio utile per le circa 10.000 persone affette dal diabete a Bolton, città della regione a Nord Ovest dell'Inghilterra. Il programma BoND (*Bolton's New Deal for Diabetes*) per i professionisti della salute è stato

lanciato nel maggio 2006 con lo scopo di co-creare (personale sanitario e pazienti affetti) un servizio integrato con la vita quotidiana, non focalizzato esclusivamente sulla malattia, utilizzando metodi di ricerca centrati sull'utente (interviste, strumenti di osservazione e generativi) e metodi di *co-design* (cioè *workshop* e tecniche di prototipazione). A tal fine, il *Red Team* ha:

- creato le *Agenda Cards*, schede di autodiagnosi per supportare il processo collaborativo di pianificazione dell'assistenza tra il paziente e il medico;
- introdotto la figura di un *personal trainer* per le persone con diabete. (44)

Sempre il *team Red* si è reso protagonista, insieme al *Kent County Council* (Kcc) di un'iniziativa, nell'ambito della prevenzione delle patologie croniche, volta a promuovere stili di vita più attivi. La città di Maidstone e la zona intorno alla tenuta di Park Wood sono state le aree scelte per far partire il progetto pilota. Red ha lavorato con i residenti del Kent per il reclutamento dei partecipanti e lo scambio di idee per motivare le persone ad aumentare la loro attività fisica. Le proposte iniziali sono state le Olimpiadi di Park Wood e attività individuali o di piccoli gruppi come i *flash mob*. Il risultato del progetto è stato il concetto co-prototipato di *Activmobs*, un gruppo informale auto-organizzato, costituito da 2 e 15 persone che condividono un'attività in grado di giovare alla salute e al benessere (ad esempio, portare a passeggio il proprio cane). *Activmobs* ha fornito una piattaforma online – a tutt'oggi funzionante - che supporta la creazione, la registrazione e la convalida di ciascun *mob* e gli strumenti per incentivare le persone a sostenere le loro attività di gruppo, come la carta "miglia salute", che offre sconti presso strutture pubbliche, negozi e servizi per i partecipanti attivi al progetto; misure di miglioramento qualitativo auto-valutate con "diagramma del benessere"; e una "dichiarazione" da consegnare ogni tre mesi ai partecipanti mostrando i loro miglioramenti di benessere. L'impatto più importante di questo progetto è stata la comprensione del ruolo del *Design* per l'innovazione sociale e la creazione del *Social Innovation Lab*: un luogo che fornisce un ambiente creativo allo staff del *Kent Council* per lavorare insieme. Inoltre, l'esempio di *Activmobs* sta aiutando altre comunità, come la comunità di Betteshanger, a creare i propri progetti di attività (44).

Tra le innovazioni per il miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria e sociale per persone con difficoltà, come tossicodipendenti e criminali, è stato concepito *Open Door*, ovvero un'impresa di assistenza sanitaria e sociale che ha avuto il suo progetto pilota a Grimsby, città di 87.000 abitanti della contea del Lincolnshire, in Inghilterra. Questa iniziativa è stata voluta da *Primary Care Trust* (Pct) del North East Lincolnshire per risolvere il problema di disuguaglianza sociale nell'accesso ai servizi sanitari. L'obiettivo principale di questo progetto era quello di raggiungere e motivare gruppi difficili da coinvolgere che fanno poco per la loro salute e peggiorano progressivamente fino a quando è più difficile e costoso trattarli. Il *team* di progettazione ha utilizzato un approccio di *co-design* attraverso varie fasi; ha condotto studi etnografici utilizzando *feedback*, interviste, osservazioni, schede di conversazione e telecamere usa e getta; ha organizzato un *workshop* con il gruppo di *stakeholder* (*Nhs Staff*, *Drug Users*, terzo settore, *Citizens Advice Bureau*, banche) per visualizzare i dati raccolti e definire il problema; ha proposto potenziali soluzioni ed infine ha redatto un database e presentato un prototipo approssimativo del servizio, per incoraggiare il finanziamento e l'adesione delle altre parti interessate.

Sei mesi dopo il completamento del progetto, *Open Door* è stato implementato dal *team Nhs*, e

trasformato in un'impresa sociale, co-finanziata da Nhs ed affiliata al *Big Life Group* (aziende sociali e enti di beneficenza); in questo nuovo contesto, i pazienti che avevano beneficiato della comunità *Open Door*, hanno potuto co-programmare *Open Door*, ricoprendo anche ruoli di responsabilità nell'implementazione del progetto.

Dopo due anni, i benefici che la *Open Door* ha portato a East Marsh sono andati oltre le aspettative iniziali, le persone che frequentavano il centro di salute si sono quadruplicate (721 pazienti registrati) e oltre 187 persone sono state reintrodotti nei servizi sanitari tradizionali e reintegrati pienamente nella società (44).

L'ultima innovazione in ordine cronologico, che mira a facilitare l'accesso alle cure sfruttando tecnologie avanzate nel Regno Unito è, dalla nostra analisi, rappresentato dal progetto *Babylon*.

La compagnia inglese, fondata nel 2013 da Ali Parsa, ha avviato un progetto pilota nel marzo 2015 attraverso 2 medici di base dell'*Eastwood Group Practices, Southend, e Highlands Surgery, Leigh-on-Sea*, raccogliendo, in 10 mesi, circa 25 milioni \$ di finanziamenti, grazie ad investitori quali Hoxton Ventures, Kinnevik AB e DeepMind.

Gli utenti/pazienti possono scegliere di iscriversi a *Babylon*, sottoscrivendo un canone mensile per ottenere accesso illimitato ai medici generici, oppure optare per un modello *pay-as-you-go*. L'app, disponibile per dispositivi mobili iOS e Android, è abilitata per l'invio di messaggi di testo, foto e video a medici, infermieri e terapisti; i pazienti, possono controllare i loro sintomi per una diagnosi, videochattare *live* con il loro medico di famiglia e richiedere prescrizioni mediche che vengono inviate all'indirizzo dell'utente o direttamente ad una farmacia, riducendo o eliminando così la latenza prenotazione-visita e riducendo le liste di attesa. Gli abbonati, hanno anche la possibilità di consultare i terapeuti per discutere il problema della depressione e dell'ansia. Alla fine di tutte le consultazioni, è possibile rivedere l'esperienza.

Babylon, inoltre, fornisce un *tracker* di sincronizzazione attività attraverso app per il monitoraggio della salute (numero di calorie, sonno, impulsi e livelli di stress) e un servizio di consegna dei *kit* diagnostici per testare il diabete, il colesterolo o i livelli di zucchero. Gli utenti possono poi inviare i campioni a *Babylon Health* e accedere ai risultati direttamente dalla loro app.

A giugno 2016, *Babylon* ha confrontato la sua intelligenza artificiale (Ai) con un infermiere *senior* e un giovane medico dell'Università di Oxford con il risultato che l'Ai di *Babylon* è stata più veloce e più accurata nel *triage* dei pazienti rispetto alle controparti umane con un'accuratezza del 92% rispetto all'82% del medico e al 77% dell'infermiere.

Nel dicembre 2016 è stata avviata una sperimentazione di 1 anno, in collaborazione con lo staff dell'ospedale distrettuale Yeovil NHS Foundation Trust, per *AI-powered chatbot 'triage' service*, Intelligenza Artificiale che dovrebbe fungere da alternativa al servizio telefonico Nhs 111.

Ad aprile 2017 sono stati investiti 60 milioni \$ per sviluppare le capacità di intelligenza artificiale dell'app.

Sempre da *Babylon* è stato lanciato, nel novembre 2017 a Londra, il servizio Medico di base a

portata di mano (*Gp at Hand*) con il quale i pazienti possono prenotare un appuntamento in pochi secondi tramite l'app per smartphone e avere ovunque una consultazione video con un medico di Nhs in meno di due ore dalla prenotazione. I pazienti possono registrarsi presso il medico, *Gp at Hand partnership*, tramite il sito web.

La *partnership* del *Gp at Hand* ha sede nel *Lillie Road Health Centre* a Fulham, non ha costi per i pazienti per i servizi di medicina generale, essendo questi finanziati attraverso un contratto come i *Gp* convenzionali. Gli appuntamenti dal vivo, sono disponibili in 6 sedi nel centro di Londra. A febbraio 2018 si sono registrate circa 2.000 consultazioni video di 10 minuti a settimana, il 30% delle quali fuori dal normale orario di apertura del *Gp* (8:00-20:00) e con molti dei medici che potevano lavoravano direttamente da casa (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51). ●

Stati Uniti

Gli Stati Uniti, come ogni Paese sviluppato nel mondo, sono chiamati a rispondere alle crescenti richieste di servizi sanitari e all'aumento dei costi dell'assistenza, associata all'invecchiamento della popolazione, rispondendo attraverso nuovi paradigmi organizzativi e facendo ricorso ad innovazioni di processo in termini di trattamento per determinate patologie e innovazioni di collegamento intersettoriale per una nuova sanità di valore.

L'iniziativa *Partnership for Patients*, è una collaborazione pubblico-privata che lavora per migliorare la qualità, la sicurezza, i passaggi dei pazienti dagli ospedali ad altri *setting* assistenziali e l'accessibilità economica dell'assistenza sanitaria per tutti gli americani. Questo partenariato, lanciato nell'aprile 2011, collabora con 3 tipologie di partner operativi tra cui agenzie federali, *Hospital Improvement Innovation Network* (Hiin – Reti di miglioramento ospedaliero) e partner pubblico-privati. Attraverso *Partnership for Patients*, 16 associazioni nazionali, regionali o statali ospedaliere, organizzazioni per il miglioramento della qualità e organizzazioni dei sistemi sanitari sono al servizio degli *Hospital Improvement Innovation Network* (Hiin).

Più di 8.000 partner, compresi gli ospedali che partecipano a *Hospital Improvement Innovation Networks* si sono impegnati in questa *partnership* con l'obiettivo di creare un sistema sanitario più affidabile e accessibile:

- ospedali e organizzazioni nazionali che rappresentano medici, infermieri e altri operatori sanitari e fornitori di servizi sociali impegnati a migliorare i processi di cura, la comunicazione e il coordinamento per ridurre le complicanze per i pazienti;
- le organizzazioni dei pazienti e dei consumatori si sono impegnate a sensibilizzare l'opinione pubblica e a fornire informazioni, strumenti e risorse per aiutare i pazienti e le famiglie ad evitare complicazioni evitabili;
- datori di lavoro e Stati si sono impegnati a fornire gli incentivi e il supporto che consentiranno ai medici e agli ospedali di fornire assistenza sanitaria di alta qualità ai loro pazienti a costi contenuti.

Uno dei modi in cui il partenariato persegue l'obiettivo di ridurre le riammissioni ospedaliere è di concentrarsi sulla riduzione delle complicazioni durante le transizioni da un ambiente di cura a un altro, attraverso due sottoprogetti:

- il programma transitorio di assistenza basato sulla comunità (*The Community-based Care Transitions Program*), altra importante rete di *Partnership for Patients* che comprende 46 siti assegnati (organizzazioni comunitarie, fornitori di servizi sociali, partner ospedalieri, case di cura, agenzie sanitarie domestiche, farmacie, pratiche di assistenza primaria) che testano modelli per il miglioramento delle cure e le transizioni dall'assistenza ospedaliera ad altre strutture assistenziali.
- *Patient and Family Engagement*, parte fondamentale del progetto di partenariato. Infatti, la relazione tra operatori sanitari, i pazienti e le loro famiglie e la loro partecipazione come membri attivi del proprio *team* di assistenza sanitaria è una componente essenziale per rendere le cure più sicure e ridurre la riammissione.

Nel dicembre 2016 Hhs (*Health and Human Services*) ha stimato che le condizioni acquisite in ospedale sono diminuite del 21% in 5 anni, con un conseguente risparmio di 28 miliardi \$ dal 2010.

Nel tentativo continuo di migliorare la sicurezza dei pazienti, gli *Hospital Improvement Innovation Network* hanno continuato a valutare la capacità delle reti di miglioramento di grandi dimensioni concentrandosi sulle seguenti 11 aree fondamentali:

- eventi avversi da farmaco (Ade);
- infezioni ematiche associate a catetere venoso centrale;
- infezioni del tratto urinario associato a catetere;
- infezione batterica da *Clostridium difficile*;
- lesioni da cadute;
- ulcere da decubito dovute all'allettamento;
- sepsi e shock settico;
- infezioni del sito chirurgico;
- tromboembolismo venoso (Tev);
- eventi associati alla ventilazione assistita (Vae - *Ventilator-Associated Events*);
- riammissioni.

Ad oggi, oltre 6.000 organizzazioni, tra cui oltre 3.000 ospedali, hanno aderito a *Partnership for Patients* (52).

La gestione del cambiamento nelle sanità, richiede l'adozione di nuove competenze e mappe concettuali permeate su concetti innovativi di classificazione e di finanziamento delle prestazioni sanitarie.

Nel 2011, il *Cms Innovation Center* ha introdotto l'iniziativa *Bpci* (*Bundled Payments for Care Improvement*) come strategia per incoraggiare le organizzazioni sanitarie e i medici a migliorare l'assistenza sanitaria per i pazienti, sia durante l'ospedalizzazione che dopo la dimissione.

L'iniziativa *Bpci* mira a trasformare il modello tradizionale di rimborso dell'assistenza sanitaria da *fee for service* (Ffs) ai *bundle payment* con lo scopo di fornire assistenza *value-based*. L'elemento costitutivo di base di tali modelli è rappresentato dalla modalità di finanziamento che viene stabilita a priori e che copre i servizi dell'intero programma. Il tipo di finanziamento in questione (*bundle*) prevede che più *provider* siano rimborsati da un singolo pagamento per tutti i servizi forniti durante il trattamento e non da singoli rimborsi per ogni servizio o prestazione individuale erogata, promuovendo quindi cure efficienti, di alta qualità e coordinate nell'intero corso di trattamento. Attraverso l'assunzione da parte dei partecipanti contrattuali di rischio/responsabilità finanziaria per la cura dei loro pazienti, *Bpci* mira a incoraggiare le organizzazioni sanitarie ad assumersi responsabilità per l'intero spettro di erogazione sia acuta sia postacuta, piuttosto che come singolo episodio di cura, definito come tutti i servizi correlati fino a 90 giorni dopo la dimissione dall'ospedale per trattare una condizione o una procedura clinica.

I *Bpci* offrono ai partecipanti la flessibilità di impegnarsi in 1 dei 4 modelli di pagamenti in *bundle* legati a un singolo episodio di assistenza per un massimo di 48 condizioni mediche e chirurgiche diverse:

- Nel Modello 1, per episodio di assistenza è stata considerata la degenza nell'ospedale per acuti. *Medicare* paga all'ospedale un importo scontato in base alle tariffe di pagamento stabilite da *Inpatient Prospective Payment System* e i medici separatamente per i loro servizi, ai sensi del Piano tariffario *Medicare* per il personale medico;
- Il modello 2 prevede un *retrospective bundled payment* in cui le spese effettive sono concordate con un prezzo *target* per un episodio di assistenza. *Medicare* continua a effettuare pagamenti *fee for service* (Ffs) per i *provider*; le spese totali per l'episodio di cura, sono successivamente riconciliate con un importo di pagamento aggregato (*target*) determinato da Cms. Nel Modello 2, l'episodio di cura include la degenza nell'ospedale per acuti, l'assistenza post-acuta e tutti i servizi correlati durante l'episodio di cura, che termina 30, 60 o 90 giorni dopo la dimissione ospedaliera; se le spese totali sono inferiori all'importo del pagamento in *bundle*, Cms assegna tali risparmi all'ospedale. Se le spese sono maggiori dell'importo del pagamento in *bundle*, l'ospedale paga un rimborso a Cms.
- Il modello 3, ricalca il modello 2, ma, l'episodio di cura considerato ha inizio dall'assistenza post-acuta in una struttura di riabilitazione ospedaliera, un ospedale di assistenza a lungo termine o un'agenzia di assistenza domiciliare. I servizi di assistenza post-acuta inclusi nell'episodio di assistenza devono iniziare entro 30 giorni dalla dimissione e terminare 30, 60 o 90 giorni dopo.
- Nel Modello 4, Cms fa un unico pagamento in *bundle* determinati prospetticamente all'ospedale che comprende tutti i servizi forniti dall'ospedale, dai medici e da altri professionisti, durante l'intera degenza ospedaliera. Le riammissioni entro 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera sono incluse nell'importo del pagamento in *bundle*.

La maggior parte degli ospedali che partecipano al *Bpci* impiegano le modalità proprie del modello 2.

A ottobre 2015, 1.551 organizzazioni sanitarie avevano partecipato a *Bpci*, inclusi ospedali, strutture di riabilitazione e di lungodegenza, agenzie sanitarie domiciliari e pratiche di gruppo di medici. (53)

La *Comprehensive Primary Care* (*Cpc*) è un'iniziativa quadriennale concepita per rafforzare l'assistenza primaria, storicamente sottofinanziata negli Stati Uniti. Dal momento del lancio, nell'ottobre 2012, Cms ha collaborato con piani di assicurazione sanitaria commerciale e statale in sette Stati degli Stati Uniti per offrire assistenza basata sulla popolazione e opportunità di risparmio alle pratiche di assistenza primaria e supportare la fornitura di un nucleo di 5 funzioni di assistenza primaria (*Comprehensive*):

- gestione dell'assistenza stratificata sul rischio, nel senso che i centri di assistenza primaria coinvolgono i pazienti e le loro famiglie nel processo decisionale in tutti gli aspetti dell'assistenza;
- accesso e continuità nell'assistenza, poiché i centri di assistenza primaria ottimizzano la continuità e l'accesso tempestivo, h24. In ogni centro viene tenuta traccia della continuità delle cure da parte del fornitore o dei medici;
- prevenzione e assistenza pianificata per le condizioni croniche, con centri di assistenza primaria partecipanti che forniscono assistenza preventiva tempestivamente, compresa la ge-

- stione e la revisione dei farmaci. I fornitori sviluppano un piano personalizzato ed integrato;
- coinvolgimento del paziente e del *caregiver*;
- assistenza integrata.

L'iniziativa ha testato se queste funzioni - supportate da una riforma di pagamento attraverso diversi *payer*, dall'uso continuo delle evidenze per guidare il miglioramento e dall'uso della tecnologia dell'informazione sanitaria - possano migliorare l'accesso all'assistenza, la salute delle popolazioni e comportare costi inferiori.

L'iniziativa *Cpc* integra un modello di pagamento per supportare una migliore assistenza, migliorare la salute e ridurre i costi sanitari attraverso il miglioramento dell'assistenza primaria.

Le pratiche di assistenza primaria che partecipano ricevono due forme di sostegno finanziario Ffs per conto dei beneficiari di *Medicare*:

- una tariffa mensile per la gestione dell'assistenza a prescindere dalla visita, nel senso che il pagamento mensile da *Medicare* è stato in media di 20 \$ per beneficiario al mese durante i primi 2 anni dell'iniziativa (2013-14) ed è diminuito fino a 15 \$ per beneficiario nei successivi 2 anni (2015-16);
- la condivisione del risparmio netto sul programma *Medicare*. Ogni anno a partire dal 2014, i risparmi per il programma *Medicare* saranno calcolati a livello regionale e distribuiti, in base ad alcuni parametri di qualità nell'assistenza, alle pratiche *Cpc*.

Dall'ottobre 2016, ci sono 442 siti di pratica *Cpc*, distribuiti nelle 7 regioni con 38 contribuenti tra settore pubblico e privato che partecipano all'iniziativa *Comprehensive Primary Care*.

In totale, a 2.188 operatori partecipanti sono stati affidati circa 2.700.000 pazienti, di cui circa 410.177 sono beneficiari di *Medicare* e *Medicaid* (54).

Comprehensive Primary Care Plus (Cpc+) è un modello nazionale di assistenza medica per cure primarie avanzate di 5 anni lanciato in 14 regioni (7 regioni *Cpc+* + altre 7) nel gennaio 2017, che mira a rafforzare l'assistenza primaria attraverso la riforma dei pagamenti attraverso diversi *payer* su base regionale e la trasformazione della consegna dell'assistenza. *Cpc* è stato il fondamento per *Cpc+*. *Comprehensive Primary Care Plus* include due percorsi di pratica di cure primarie con requisiti di erogazione dell'assistenza progressivamente avanzati e opzioni di pagamento per soddisfare le diverse esigenze delle pratiche di assistenza primaria negli Stati Uniti.

Cpc+ consiste in un partenariato pubblico-privato unico, in cui le pratiche sono supportate da 61 *payer* in 18 regioni. Questa *partnership* offre alle aziende ulteriori risorse finanziarie e flessibilità per effettuare investimenti, migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre il numero di servizi non necessari ricevuti dai pazienti; fornisce alle pratiche un robusto sistema di apprendimento e un *feedback* dei dati utilizzabile per guidare il processo decisionale.

Per supportare la fornitura di cure primarie complete, *Cpc+* include tre elementi di pagamento:

- *Care Management Fee* (Cmf), pagamento per beneficiario su base trimestrale. L'importo è aggiustato per l'intensità dei servizi di gestione richiesti per la popolazione specifica della pratica;
- *Performance-Based Incentive Payment* (Pagamento incentivante basato sulle prestazioni), pagamento prospettico;
- pagamento secondo il piano tariffario del medico di assistenza sanitaria statale.

Ci sono 2.965 pratiche di assistenza primaria che attualmente partecipano a *Comprehensive Primary Care Plus* (55).

Il 2 novembre 2011, i Centri per *Medicare* e Servizi *Medicaid* (Cms), hanno inserito una regola nel Registro federale che implementa un provvedimento dell'*Affordable Care Act* per aiutare i medici, gli ospedali e altri fornitori di assistenza sanitaria a coordinare meglio l'assistenza per i pazienti di *Medicare* attraverso le *Accountable Care Organisations* (ACOs). Le Organizzazioni di assistenza responsabile (Aco) sono un modo in cui Cms sta lavorando per raggiungere l'obiettivo di:

- migliorare l'assistenza sanitaria;
- migliorare la salute;
- ridurre la crescita delle spese attraverso il miglioramento continuo.

Le Aco creano incentivi per gli operatori sanitari affinché lavorino insieme per trattare un singolo paziente nei vari ambienti di cura (ambulatori, ospedali strutture di assistenza a lungo termine). Il programma di risparmio condiviso di *Medicare* (*Shared Savings Program*) premierà gli Aco che ridurranno la loro crescita nei costi dell'assistenza sanitaria rispettando gli standard di qualità offerta e mettendo il paziente al centro del progetto. La partecipazione del fornitore in un Aco è puramente volontaria e i beneficiari di *Medicare* mantengono la loro attuale facoltà di ricevere un trattamento dal fornitore che desiderano.

The Shared Savings Program è un'iniziativa che aspira ad una salute migliore individuale e di popolazione e una riduzione della crescita delle spese. Questo programma volontario, incoraggia gruppi di medici, ospedali e altri operatori sanitari a riunirsi in Organizzazioni Responsabili delle Cure (Aco) per fornire un'assistenza coordinata e di alta qualità ai loro pazienti *Medicare* che beneficiano di un servizio a pagamento Ffs.

The Shared Savings Program è un modello di pagamento alternativo che ha come obiettivo:

- promuove l'autodeterminazione dei pazienti;
- integrare i servizi per i beneficiari di *Medicare* Ffs;
- incoraggiare gli investimenti in servizi efficienti e di alta qualità (56).

Sempre il 2 novembre 2011, il Cms Center per *Medicare* e *Medicaid Innovation* (*Innovation Center*) ha pubblicato un avviso nel Registro federale che annuncia l'avvio del test dell'*Advance Payment Aco Model*, una forma di pagamento anticipato per alcune organizzazioni che partecipano al *The Shared Savings Program*.

Il modello ACO di pagamento anticipato è pensato per aiutare strutture, come piccole aziende e

fornitori con minore accesso al capitale, a partecipare a *Shared Savings Program*. Il modello è rivolto quindi:

- ad *Aco* che non includono strutture ospedaliere e hanno meno di 50 milioni \$ di entrate annue totali;
- ad *Aco* in cui le uniche strutture ospedaliere sono ospedali ad accesso critico e/o ospedali rurali a basso volume di Medicare con meno di 80 milioni \$ di entrate annuali totali.

Gli *Aco* partecipanti ricevono 3 tipi di pagamenti:

- pagamento anticipato e fisso;
- pagamento anticipato variabile;
- un pagamento mensile di importo variabile in base alla dimensione dell'*Aco*.

Cms recupererà i pagamenti anticipati (*Advance Payments*) attraverso la compensazione dei risparmi condivisi guadagnati da un *Aco* (57).

Financial Alignment Initiative for Medicare-Medicaid Enrollees, annunciata nel 2011 da Cms, è progettata per fornire agli iscritti di *Medicare-Medicaid*, circa 10.7 milioni di americani, un'esperienza di assistenza migliore e per adeguare gli incentivi finanziari dei rispettivi programmi. Questa iniziativa è stata possibile grazie alla collaborazione del *Cms Innovation Center* e del *Cms Medicare-Medicaid Coordination Office*.

Attraverso questo progetto, Cms sta collaborando con gli Stati per testare due modelli per l'integrazione dei servizi primari, acuti, di salute comportamentale e di lungo periodo per gli iscritti *Medicare-Medicaid* e allineare meglio il finanziamento dei programmi in questione:

- *Capitated Model*, uno Stato, Cms e un piano sanitario stipulano un contratto a tre vie e il piano riceve un pagamento combinato prospettico per fornire assistenza completa e integrata;
- *Managed Fee-for-Service (Ffs) Model*, uno Stato e Cms stipulano un accordo in base al quale lo Stato potrebbe beneficiare dei risparmi derivanti da iniziative volte a migliorare la qualità e a ridurre i costi sia per *Medicare* che per *Medicaid*.

Quando una proposta di stato soddisfa gli standard e le condizioni per *Financial Alignment Demonstration*, Cms e quello Stato sviluppano un memorandum d'intesa (*Memorandum of Understanding - Mou*) per stabilire i parametri dell'iniziativa prima dell'implementazione. Gli Stati con *Mou* sono 13.

Le prime dimostrazioni effettuate in 3 stati (Washington, Massachusetts e Minnesota) nel 2016, dimostravano un *feedback* positivo sul ruolo dei coordinatori di assistenza nell'aiutare i pazienti ad accedere ai servizi; nello stesso periodo, si è assistito ad un calo delle ammissioni ospedaliere. Una valutazione complessiva (su una scala da 1 a 10) del proprio piano *Medicare-Medicaid* (Mmp) per il 2014, da parte dei pazienti, ha valutato il servizio 9 o 10; dopo il pagamento delle prestazioni retrospettive, i risparmi netti *Medicare* per lo stato di Washington nel periodo di *performance* 2013-2014 saranno circa del 3%.

Nel 2016 è stata fatta un'estensione di 2 anni per valutare altri risultati dimostrativi, di conseguenza, avremo i risultati supplementari entro il 31 dicembre 2018 (58) (59).

In Arizona, nel 2006, una Ong, *Recovery Innovations*, forniva servizi agli adulti con gravi problemi di salute mentale o che facevano uso di sostanze stupefacenti. L'Ong ha rivoluzionato il modo di offrire assistenza, infatti oggi, in alcuni dei suoi servizi di salute mentale, quasi i tre quarti del personale sono ex-utenti fruitori del servizio stesso. Johnson, CEO di *Recovery Innovations* e altri hanno sviluppato un programma di formazione per l'occupazione, ora utilizzato in 16 Stati degli Stati Uniti, che offre alle persone che hanno utilizzato i servizi psichiatrici l'opportunità di formarsi come *Peer Supporters*. Il progetto è stato approvato dal centro nazionale per i servizi *Medicare/Medicaid*.

L'approccio prevede la co-produzione, infatti lo staff medico svolge un ruolo nell'offrire diagnosi e supporto ai pazienti nell'auto-cura, oltre a facilitare l'accesso alle reti di *peer support*.

Questo è un esempio emblematico di come sia possibile co-produrre insieme agli utenti per raggiungere risultati migliori.

Attraverso un programma di formazione di 70 ore è stato possibile istruire le persone a cui è stata diagnosticata una grave malattia mentale a sviluppare le competenze atte ad ottenere, e fornire a loro volta, assistenza e supporto.

La valutazione della *Boston University* ha mostrato alti livelli di occupazione nei servizi psichiatrici per le persone che completano il programma di formazione e livelli di conservazione/ritenzione (*higher retention rates*) più elevati rispetto al personale convenzionale.

I risultati del progetto sono stati ottimi, nel primo anno in cui i *peer* hanno lavorato in uno degli ospedali, in questi si è assistito ad una riduzione del 56% nei ricoveri ospedalieri, una riduzione del 36% nell'isolamento e una riduzione del 48% degli arresti.

Il programma è stato poi ampliato per facilitare l'accesso all'alloggio per le persone con problemi di salute mentale; così, persone, che con molta probabilità sarebbero incorse in ulteriori ospedalizzazioni, o che sarebbero rimasti senza tetto o addirittura sarebbero finite in prigione, hanno avuto la possibilità trasferirsi in abitazioni autosufficienti, con l'obiettivo di poter pagare l'affitto entro 12 mesi.

Con ogni calo dei ricoveri arriva un grande risparmio di denaro, una riduzione del 15% dei ricoveri in 15 mesi rappresenta un risparmio di circa 10 milioni \$.

Recovery Innovations ora supporta i servizi di salute mentale in 5 Stati negli Stati Uniti e i suoi programmi di formazione sono stati utilizzati in Inghilterra, Scozia e Nuova Zelanda, nonché negli Stati Uniti (60) (61).

Data Mining è un modello per una raccolta dei dati e la diffusione delle informazioni e dei trattamenti sui risultati dei pazienti nello stato americano del Minnesota che, in casi selezionati, pubblica i risultati online. La *Minnesota Community Measurement (Mcm)* è nata dalla cooperazione tra i piani assicurativi non professionali che miravano a migliorare la qualità dell'assistenza. Un progetto pilota ha ideato metriche adeguate, correlate con risultati positivi a lungo termine, per creare un gold standard misurabile nella fornitura di cure per il diabete da parte di medici e cliniche (la D5). Ciò ha portato alla creazione di un'organizzazione senza scopo di lucro, che ha cercato, insieme a *Minnesota Medical Association*, di utilizzare lo stesso concetto applicandolo ad altre con-

dizioni. Ora, il sito web dell'organizzazione fornisce processi di trattamento comparativi dettagliati e esiti dei risultati dei pazienti per gruppi e cliniche mediche a partire dal 2004.

Un approccio *multi-stakeholder* ha fornito un utile equilibrio sul tipo di informazioni da ottenere, come le informazioni cliniche per misurare l'impatto dell'assistenza sui pazienti e i dati comparativi sui trattamenti.

I risultati conseguiti indicavano che, tra il 2004 ed il 2009 in Minnesota, è triplicato il numero di diabetici che raggiungono tutti gli obiettivi del *gold standard* "D5":

- riduzione della pressione sanguigna;
- riduzione del colesterolo;
- riduzione della glicemia;
- abolizione del fumo;
- riduzione (ed in alcuni casi abolizione) dell'assunzione di aspirina.

Inoltre, sono aumentati, a livello locale, l'adesione allo screening oncologico e i tassi di immunizzazione infantile. Gli obiettivi futuri includono la raccolta di dati sugli esiti dei pazienti a lungo termine.

Mcm sta ora cercando di comparare le sostituzioni di ginocchio e anca, con la speranza di aiutare medici e pazienti a prendere decisioni informate sul trattamento migliore in determinate circostanze.

Data l'entità della crescente mortalità per insufficienza cardiaca, si raccomandano approcci multidisciplinari, sotto forma di programmi di gestione della malattia e altri modelli integrativi di cura, per ottimizzare i risultati del trattamento. Il monitoraggio remoto, come supporto telefonico strutturato o telemonitoraggio o una combinazione di entrambi, sta rapidamente diventando parte integrante di molti programmi di gestione della malattia.

The Connected Cardiac Care Program (Cccp), infatti, è un programma di telemonitoraggio e educazione domiciliare di 4 mesi progettato per migliorare l'autogestione nei pazienti con insufficienza cardiaca a rischio di ospedalizzazione all'interno della rete di ospedali *Partners HealthCare* (un sistema sanitario integrato senza finalità di lucro presente a Boston, Massachusetts, Stati Uniti). I partecipanti monitorano i parametri fisiologici rilevanti (pressione sanguigna, frequenza cardiaca, peso e saturazione di ossigeno nel sangue) e rispondono alle domande sui sintomi relativi allo scompenso cardiaco su un computer *touch-screen* a cadenza giornaliera. L'apparecchiatura di monitoraggio remoto comprendeva *ViTel Net* e dispositivi approvati dalla *Food and Drug Administration*: un monitor UA 767PC Turtle 400, una bilancia digitale *Life-Source*, un misuratore della pressione arteriosa e un dispositivo ossimetro BCI (UC-321PBT). Le misurazioni e le risposte sui sintomi vengono trasferite in modo sicuro a un database di monitoraggio remoto in cui i record vengono esaminati da infermieri. I partecipanti ricevono anche sessioni di formazione bisettimanali (su dieta, l'attività fisica, l'importanza delle misurazioni quotidiane, il riconoscimento dei sintomi dello scompenso della malattia e l'aderenza alla terapia farmacologica) via telefono per un periodo di 8 settimane. Oltre alle sessioni educative strutturate, hanno ricevuto un insegnamento

just-in time, cioè un'istruzione non programmata per intervenire quando gli infermieri di monitoraggio remoto osservano che le misurazioni non rientrano nell'intervallo di riferimento impostato per ogni partecipante dai loro medici.

Cccp ha comportato la riduzione del 51% delle riammissioni ospedaliere per insufficienza cardiaca, la riduzione del 44% delle riammissioni ospedaliere non insufficienza cardiaca relate, risultato di questo è stato un risparmio netto di 8.655 \$ per paziente. Inoltre il programma ha reso consapevole i pazienti migliorando l'autogestione dei loro problemi cardiaci con *feedback* positivo sia dai clinici che dai pazienti. (62)

I pazienti con i profili sanitari più complessi consumano una percentuale sproporzionata delle spese sanitarie, ma spesso ricevono cure frammentate e non ottimali. Circa il 10% della popolazione americana rappresenta oltre i 3/5 delle spese sanitarie degli Stati Uniti, in gran parte legate a condizioni croniche. Quasi 3 persone su 4 di età pari o superiore ai 65 anni hanno multimorbidità, rappresentando il 93% delle prescrizioni e quasi l'80% delle visite mediche e delle degenze ospedaliere. Il coordinamento inadeguato dei pazienti con multimorbidità contribuisce ad ospedalizzazioni non necessarie, complicanze mediche, mancata adesione dei pazienti ai piani di cura, maggiore dipendenza dal medico e dai servizi di assistenza.

Il *coordinamento delle cure*, è stato lanciato come progetto pilota a Gundersen nel 2003, con l'intento di fornire assistenza di qualità più elevata e più economica ai pazienti con profili di salute complessi.

Gundersen Health è un sistema sanitario indipendente e integrato con sede a La Crosse, nel Wisconsin, nel nord-est degli Stati Uniti. Impiega circa 475 medici, supportati da circa 5.000 dipendenti dello staff, e gestisce un ospedale con 325 posti letto, un centro traumatologico di II livello e 35 cliniche ambulatoriali in 19 contee in un raggio di 150 miglia in 3 stati.

L'idea del programma di Gundersen è quello di migliorare la comunicazione tra medici e pazienti, coinvolgere i pazienti nel prendere decisioni sulla loro assistenza per raggiungere la migliore salute possibile nel contesto sanitario più appropriato. Il programma è su base volontaria e offerto senza costi aggiuntivi ai pazienti di Gundersen. Originariamente, i rinvii al programma di coordinamento dell'assistenza sono stati effettuati telefonicamente o richiesti dai medici e dallo staff di persona. I motivi per i rinvii variano; essi includono multimorbidità, accesso a più operatori sanitari, problemi di gestione dei farmaci, frequenti ricoveri ospedalieri, visite in regime di emergenza, mancanza di sostegno sociale, limitazioni finanziarie e deficit cognitivi. I rinvii vengono automaticamente attivati quando i pazienti:

- sono ospedalizzati per almeno 14 giorni;
- vengono riospedalizzati entro 30 giorni dalla prima ammissione;
- le spese ospedaliere superano i 100.000 \$.

Gundersen ha sviluppato un processo rigoroso per valutare l'adeguatezza dei *referral* per i servizi di coordinamento delle cure, accanto allo screening iniziale, è stato aggiunto un *tiering tool* a punti che comprende 2 punti, uno sulla complessità medica, l'altro su fattori psicosociali. Il punteggio totale determina l'ammissibilità del paziente al programma di coordinamento delle cure; i

pazienti con livello 1 (punteggio più basso) non sono iscritti, quelli con livello 3 sono ammessi automaticamente. Una volta che un paziente è stato arruolato, i coordinatori di assistenza utilizzano il database Emr (*Electronic Medical Record*) e il colloquio personale per valutare l'attuale sistema di supporto del paziente, la capacità di gestire le sue esigenze di assistenza sanitaria e la complessità delle cure attualmente ricevute. Quindi il paziente viene assegnato a uno dei seguenti livelli di complessità:

- lo stato attivo indica che un paziente richiede interazioni frequenti e una pianificazione di cura considerevole;
- lo stato di monitoraggio indica che è necessaria una minore interazione.

Agendo come partner e sostenitore, un coordinatore di assistenza aiuta il paziente a comprendere le sue condizioni mediche, a seguire le istruzioni del medico e a ricevere i livelli appropriati di assistenza. Gli Emr dei pazienti sono contrassegnati in modo che il coordinatore sia avvisato degli interventi programmati, inoltre, la pianificazione nell'Emr consente ai coordinatori dell'assistenza di visualizzare gli appuntamenti dei pazienti, le visite ospedaliere programmate e le visite di pronto intervento urgenti. I coordinatori di cure, lavorano olisticamente con i pazienti per mesi o anni, allertano i medici sui cambiamenti del paziente, consigliano al paziente se i sintomi richiedono un'attenzione immediata, mostrano ai pazienti come seguire le istruzioni di un medico (incluso l'uso di farmaci), insegnano ai familiari nozioni sull'assistenza domiciliare e a monitorare le transizioni dall'ospedale alla degenza domiciliare.

Sei funzioni sono state determinanti nel programma di coordinamento delle cure di Gundersen:

- il protocollo *tiering* per l'appropriata selezione dei candidati per il programma: questioni mediche e questioni psicosociali;
- la creazione di *team* che includano sia gli infermieri di coordinamento dell'assistenza che gli assistenti sociali;
- le relazioni faccia a faccia tra i coordinatori dell'assistenza e i pazienti per creare un rapporto di fiducia;
- i coordinatori delle cure rafforzano le relazioni medico-paziente, promuovendo l'aderenza al farmaco, riducendo gli errori dovuti alla mancanza di informazioni, migliorando la pianificazione dell'assistenza e incoraggiando un'efficace autogestione;
- i coordinatori dell'assistenza di Gundersen hanno in media 27 anni di esperienza infermieristica;
- il beneficio per la comunità circostante dovrebbe essere un obiettivo focale, ovvero quello di tenere i pazienti fuori dall'ospedale producendo vantaggi finanziari per datori di lavoro, assicuratori e pazienti.

L'attuale programma di Gundersen si concentra sull'1% -2% dei pazienti con i profili di salute più complessi, ma le prossime fasi del programma si concentreranno su una restante quota, compresa tra il 3% e il 7%, di pazienti la cui gestione è definibile per profili ad alta complessità. ●

Italia

La sanità del futuro è un mondo in evoluzione all'interno del quale la ricerca e l'innovazione di prodotto e di processo rappresentano l'asse portante, e le tecnologie digitali abilitano, semplificano e velocizzano l'adozione di paradigmi e modelli che riconfigurano il rapporto medico-paziente e più in generale le relazioni fra il cittadino/assistito/paziente e i diversi operatori che, a vario titolo e in vario modo, lavorano al suo "mantenimento in salute". In questo contesto, per permettere una comunicazione integrata tra gli attori del Sistema sanitario nazionale, a diversi livelli, circa lo stato di salute ed il percorso di cura già offerto, e per rendere disponibili queste informazioni, attraverso un accesso sicuro e controllato al paziente stesso, è stato introdotto il Fascicolo sanitario Elettronico (Fse).

Il Fascicolo, pilastro all'interno delle iniziative circa la sfida di una sanità digitale, costituisce infatti il principale fattore per il raggiungimento di significativi incrementi della qualità dei servizi erogati in ambito sanitario e dell'efficienza, grazie al contenimento e all'ottimizzazione dei costi ad esso associati.

Il Fascicolo sanitario Elettronico è la raccolta online di dati e informazioni sanitarie che costituiscono la storia clinica e di salute di una persona, condivisibile con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 settembre 2015, n. 178, Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico).

Il Fse ha come principali obiettivi un facile e migliore accesso all'assistenza del paziente, nonché un miglioramento della sua gestione. Tale assistenza infatti, deve presentarsi integrata nelle diverse competenze professionali e necessita di una serie di informazioni per essere gestita al meglio. Tali informazioni possono riguardare i seguenti ambiti:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Il contenuto del Fse, specifico per ogni paziente, è caratterizzato da un nucleo minimo di informazioni contenenti:

- dati identificativi e amministrativi dell'assistito;
- referti;
- verbali di Pronto soccorso;
- lettere di dimissione;
- profilo sanitario sintetico, "*Patient Summary*", si può considerare come la "carta d'identità sanitaria" dell'assistito; questo viene redatto e aggiornato dal medico di medicina generale (Mmg) o dal pediatra di libera scelta (PLS) e garantisce una continuità assistenziale e una migliore qualità di cura soprattutto in situazioni di emergenza o in mobilità. Al suo interno sono contenuti, oltre ai dati identificativi del paziente e del suo medico curante, tutte le informazioni cliniche che descrivono lo stato dell'assistito come, ad esempio, la lista dei problemi ri-

levanti, le diagnosi, le allergie, le terapie farmacologiche per eventuali patologie croniche e tutte le indicazioni essenziali per garantire la cura del paziente;

- *dossier* farmaceutico;
- consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti.

Oltre al nucleo minimo di informazioni, in ogni Fse possono trovarsi documenti di tipo integrativo, comunque facoltativi, che dipendono dalle scelte compiute dalle istituzioni regionali e dal paziente stesso, come ad esempio: prescrizioni (specialistiche, farmaceutiche, etc.); prenotazioni (specialistiche, di ricovero, ecc.); cartelle cliniche; bilanci di salute; eventuali informazioni su assistenza domiciliare, come la scheda, il programma e la cartella clinico-assistenziale; piani diagnostico-terapeutici; eventuali informazioni su assistenza residenziale e semiresidenziale; scheda multidimensionale di valutazione; erogazione farmaci; vaccinazioni; prestazioni di assistenza specialistica; prestazioni di emergenza urgenza (118 e Pronto soccorso); prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero; certificati medici; taccuino personale dell'assistito (sezione riservata dove l'assistito può aggiungere tutti i dati e i documenti che ritiene più opportuni, riguardanti il proprio percorso di cura anche fuori del Servizio sanitario nazionale); relazioni relative alle prestazioni erogate dal servizio di continuità assistenziale; autocertificazioni; partecipazione a sperimentazioni cliniche; esenzioni; prestazioni di assistenza protesica; dati a supporto delle attività di tele-monitoraggio; dati a supporto delle attività di gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici.

L'assistito attiva il Fascicolo, previa autorizzazione del consenso, e può scegliere chi è autorizzato alla consultazione dello stesso e ha, inoltre, la visibilità di chi e quando ha avuto accesso al suo Fse. Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il Fse sono resi interoperabili per consentire la consultazione in tutto il territorio nazionale e non solo nella regione di residenza dell'assistito. L'accesso al Fse da parte dei professionisti sanitari, in special modo in situazioni di emergenza, consente di conoscere tutto ciò che è necessario per intervenire con prontezza e garanzia del risultato. L'assistito potrà, in qualunque momento, modificare le indicazioni in merito a chi può consultare il proprio Fascicolo e cosa può essere consultato.

Il cittadino può attivare il proprio Fse attraverso il proprio Mmg o Pls, presso il personale delle strutture appartenenti al Servizio sanitario nazionale (Ssn), direttamente online tramite un portale dedicato, presso sportelli dedicati al cittadino o in occasioni di eventi dedicati all'iniziativa.

I vantaggi per pazienti e personale sanitario saranno:

- disponibilità della storia clinica in formato digitale, senza bisogno del supporto cartaceo;
- non ripetitività di analisi o altre prestazioni sanitarie, evitando spreco di denaro e di tempo per il cittadino;
- accesso tempestivo, nei casi di emergenza, alle informazioni sullo stato clinico dell'assistito.

Attualmente 16 Regioni (Emilia Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Basilicata, Marche, Abruzzo e Veneto) e 2 province autonome (Trento e Bolzano) hanno aderito all'iniziativa, con circa 11 milioni di Fse attivati e oltre 36 milioni di referti digitalizzati.

Il Fascicolo consentirà la costruzione di un punto unico di condivisione e aggregazione delle informazioni rilevanti e di tutti i documenti sanitari e socio-sanitari relativi al cittadino, generati dai vari attori del Ssn e dai servizi socio-sanitari regionali. Rappresenta inoltre la prima manifes-

tazione della cultura *e-Health* in Italia, con la quale si progetta un'architettura al completo servizio dell'interazione tra i professionisti della salute – tra il Mmg o il Pls e il medico specialista – e tra il cittadino e il medico. L'efficace realizzazione del Fse a livello nazionale e la sua successiva diffusione saranno in grado di generare ingenti risparmi legati alla dematerializzazione del cartaceo, ma anche di abilitare una fase di completa rivisitazione dei processi clinici e amministrativi oltre che dell'intera organizzazione della sanità pubblica (64).

A tale innovazione in materia di *e-Health* si associa lo sviluppo di meccanismi di *e-prescription*, soprattutto in considerazione delle ricadute in termini di processi clinico-assistenziali che ne conseguono, maggiore facilità di accesso alle terapie, migliore monitoraggio e controllo delle stesse, maggiore capacità di prevenzione degli errori clinici ed infine minori costi sociali.

La ricetta dematerializzata o ricetta elettronica online è il risultato finale di un progetto avviato con l'approvazione dell'art. 50 della legge 326/2003 che ha introdotto la ricetta cartacea standardizzata, la tessera sanitaria (Ts) e l'obbligo di invio dei dati di tutte le ricette da parte prima delle farmacie (2008) e poi dei medici (2011).

La trasformazione da ricette cartacee a prescrizioni elettroniche è stato, laddove ottenuto, un passaggio obbligato nell'automazione dei processi di comunicazione ed ha comportato:

- possibilità di interscambio di informazioni;
- appropriatezza e sicurezza prescrittiva conoscendo allergie e terapie già in corso;
- automatizzazione dei processi di gestione delle ricette mediche;
- supporto alle decisioni al fine di migliorare la qualità e ridurre i rischi per il paziente in fase di erogazione;
- accurato controllo della spesa;
- tempistica più breve rispetto ai sistemi tradizionali di elaborazione delle ricette.

Con il DPCM del 26 marzo 2008 sono state disciplinate le modalità di trasmissione telematica dei dati delle ricette da parte dei medici del Ssn e il Ministero della Salute ha partecipato alle attività per la definizione dei Piani regionali attuativi.

Attualmente tutte le farmacie e tutti i medici sono tecnologicamente in grado di trasmettere al Ministero dell'Economia e delle Finanze (Mef), con modalità asincrona, i dati dei circa 600 milioni di ricette erogate ogni anno.

Il nuovo ambizioso obiettivo della ricetta dematerializzata è quello di rendere sincrone tutte le attività di prescrizione da parte del medico e di erogazione da parte della farmacia e, progressivamente, di eliminare i supporti cartacei.

I medici riceveranno solo una serie di numeri che corrispondono ai numeri delle ricette elettroniche (Nre), a cui associano il codice fiscale dell'assistito per prescrivere un farmaco o una visita specialistica direttamente tramite il proprio pc, previo collegamento al sistema di riferimento; il sistema, in automatico, validerà il codice fiscale e tutte le informazioni di esenzione (per reddito e/o per patologia).

Il medico stampa e consegna all'assistito un "promemoria" con il quale si reca dal farmacista che, tramite il sistema, accede alla ricetta elettronica ed eroga il farmaco.

La farmacia completa l'operazione inviando al server di Sogei (Società di *Information and Communication Technology* del Ministero dell'Economia e delle Finanze) i dati relativi all'erogazione (prezzo del farmaco, ticket, sconti in favore del Ssn etc.) e i codici che individuano la singola confezione (codice autorizzazione immissione in commercio, AIC, e codice "targatura", cioè il codice seriale identificativo della singola scatola).

Il funzionamento delle ricette elettroniche che prescrivono visite specialistiche e analisi da effettuare nei laboratori è analogo a quello descritto (65) (66).

In Italia, nell'ottica dell'innovazione nei metodi di controllo e verifica del raggiungimento degli obiettivi di sistema in ambito di esiti e risultati, ma anche per una più facile e fruibile intercomunicazione tra i diversi interpreti della salute, al fine di favorire la ricerca, sono stati istituiti Registri nazionali, circa patologie di più frequente riscontro, prime tra tutte, i tumori.

I Registri tumori sono strutture impegnate nella raccolta di informazioni sui malati di cancro residenti in un determinato territorio. Attualmente sono attivi 43 registri di popolazione o specializzati che seguono complessivamente circa 28 milioni di italiani, il 47% della popolazione residente totale. Le informazioni raccolte includono il tipo di cancro diagnosticato, il nome, l'indirizzo, l'età e il sesso del malato, le condizioni cliniche in cui si trova, i trattamenti che ha ricevuto e sta ricevendo e l'evoluzione della malattia; questi dati sono essenziali per:

- la ricerca sulle cause del cancro;
- la valutazione dei trattamenti più efficaci;
- la progettazione di interventi di prevenzione;
- la programmazione delle spese sanitarie.

La maggior parte dei registri italiani sono registri di popolazione (38), ovvero raccolgono i dati relativi alle malattie tumorali di tutti i residenti di un determinato territorio (può essere una singola città o un'intera regione, una provincia o il territorio di una ASL) in modo che la casistica raccolta rifletta la reale condizione di un territorio.

I registri specializzati, invece, raccolgono informazioni su un singolo tipo di tumore oppure su specifiche fasce di età e sono attualmente 5:

- il Registro tumori infantili del Piemonte (1967);
- il Registro tumori colo-rettali di Modena (1984);
- il Registro mesoteliomi della Liguria (1994);
- il Registro tumori infantili delle Marche (1996);
- il Registro tumori della mammella di Palermo (1999).

Quando viene diagnosticato un tumore, il medico curante o il personale dell'ospedale registra i dettagli più importanti della malattia e sono autorizzati dai Servizi sanitari regionali a passare queste informazioni ai registri tumori locali che ricostruiscono la storia dei singoli casi.

È necessario registrare dati nominativi al fine di:

- sapere che un tumore segnalato da un certo numero di ospedali differenti si riferisce alla stessa persona e quindi evitare duplicazioni;
- investigare i rischi correlati alla residenza;
- ricostruire una corretta storia familiare (ad opera del registro tumori).

Le informazioni registrate sono vitali per la ricerca sul cancro permettendo di studiare le cause di alcuni tumori, di valutare l'eventuale impatto di fattori sociali o ambientali e di valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione e di screening. Pertanto, i Registri forniscono uno strumento utile per il Ssn al fine di migliorarne i servizi.

Tutto è mantenuto in modo strettamente confidenziale e l'accesso è permesso solo allo staff del registro. I rapporti che vengono regolarmente pubblicati dai Registri tumori che non permettono di risalire al nome di una data persona.

A volte vengono rilasciate informazioni a ricercatori che hanno ottenuto dai Comitati etici o dai Servizi sanitari regionali permessi speciali con condizioni d'uso delimitate. Il ricercatore autorizzato contatterà il paziente solo con l'approvazione del medico curante e/o, in alcuni casi, del comitato etico locale.

Le funzioni principali dei registri sono:

- monitorare i trend di incidenza, prevalenza e sopravvivenza dei tumori nel corso del tempo, nelle differenti aree geografiche e tra le diverse classi sociali;
- valutare l'efficacia della prevenzione del cancro e dei programmi di screening;
- valutare la qualità ed i risultati della diagnosi e cura dei tumori fornendo dati comparativi sui trattamenti e sui risultati ottenuti;
- valutare l'impatto dei fattori ambientali e sociali sul rischio di tumore (rischi associati al fumo, a una alimentazione errata, all'inquinamento ambientale);
- investigare le differenze nell'incidenza, nella sopravvivenza e nell'accesso al trattamento fra le classi sociali e così contribuire ai programmi con lo scopo di ridurre le disuguaglianze;
- sostenere indagini sulle cause dei tumori;
- fornire informazioni in supporto ai servizi di counselling genetico per gli individui e le famiglie ad elevato rischio di sviluppare cancro.

I vantaggi prodotti dalla registrazione dei tumori sono:

- una migliorata sopravvivenza pur con differenze nord-sud;
- un miglioramento anche nella sopravvivenza dei bambini;
- un miglioramento del trattamento dei tumori nelle aree coperte da screening (per esempio minor numero di interventi invasivi nelle donne che si sono sottoposte a screening).

In Italia, i Registri tumori hanno avuto origine dalla spontanea motivazione scientifica di singoli clinici, patologi, epidemiologi e medici della sanità pubblica e solo recentemente sono state pro-

grammate azioni di incentivazione da soggetti pubblici (CCM, Regioni, etc.) per arrivare all'obiettivo di coprire con le attività di registrazione l'intero territorio nazionale (67).

L'idea di un *Registro per i pazienti affetti da malattie neuromuscolari* nasce dalla necessità di ordinare ed aggiornare informazioni, quali i dati anagrafici, genetici e clinici per fini epidemiologici e di ricerca, ed ottenere una migliore conoscenza di queste malattie accelerando lo sviluppo di nuovi trattamenti.

Questo progetto nasce dall'alleanza tra alcune Associazioni di pazienti, la Fondazione Telethon e altre (Acmt-Rete, Aisla, Asamsi, Famiglie Sma e Uildm), che insieme hanno costituito l'Associazione del Registro italiano dei pazienti con Malattie neuromuscolari, dedicata allo scopo.

La raccolta dei dati avviene su database distinti per patologia:

- Distrofia muscolare di Duchenne (Dmd) o Becker (Bmd);
- Atrofia muscolare spinale (Sma);
- Malattia di Charcot Marie Tooth (Cmt);
- Malattia di Kennedy (Sbma);
- Polineuropatia Amiloidosica familiare (Ttr-Fap o Attr);
- Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla), scheda di raccolta dati in preparazione.

Il Registro è uno strumento prezioso per pazienti, ricercatori e clinici per la condivisione di informazioni sulle malattie neuromuscolari e si propone di:

- favorire l'arruolamento dei pazienti con malattie neuromuscolari in studi clinici italiani o internazionali che sperimentano nuove terapie. Il Registro italiano partecipa ad iniziative di registri internazionali di pazienti neuromuscolari;
- fornire un supporto ad iniziative finalizzate alla implementazione di standard ottimali di diagnosi e assistenza.

I dati registrati da pazienti e clinici sono depositati e conservati in un database tramite una procedura che tutela la *privacy* e la sicurezza dei dati, al momento della registrazione è automaticamente assegnato un codice che consente l'identificazione della scheda del paziente contenente le informazioni mediche e genetiche, separata dalla scheda con i dati anagrafici.

Le informazioni trasferite al database possono essere ricondotte allo specifico paziente solo dal responsabile del trattamento dei dati sensibili tramite un codice specifico per ciascuna persona registrata. Infatti, la consultazione delle informazioni contenute nel Registro da parte dei ricercatori o di altri utenti riguarda esclusivamente i dati clinici de-identificati, non riconducibili alla persona a cui appartengono.

Le schede cliniche Bmd/Dmd o Sma possono essere compilate direttamente dal paziente o dal genitore/tutore in caso di minore, verificando con il proprio medico di riferimento le informazioni richieste di cui non si è sicuri. Tutti i dati clinici inseriti sono sottoposti a revisione da parte del Responsabile dei database Bmd/Dmd e Sma e, se necessario, verificati da consulenti specialisti. Le schede cliniche Cmt, essendo molto complesse, sono compilate dagli specialisti dei centri partecipanti al progetto, dotati di un proprio codice di accesso al Registro che gli consente esclusi-

vamente la visualizzazione delle schede mediche delle persone che lo hanno indicato come medico di riferimento. Al Registro internazionale non saranno mai trasferite le schede anagrafiche o qualunque dato che consente di identificare la persona a cui appartengono le informazioni cliniche condivise.

Per garantire l'attualità dei dati, i Responsabili dei vari database del Registro invieranno ogni anno una e-mail agli iscritti per eventuali aggiornamenti sullo stato di salute, risultati di nuovi esami effettuati o modifiche del proprio *account*. Ogni nuovo dato inserito sarà sempre sottoposto al processo di validazione precedentemente descritto (68).

La sanità pubblica è la scienza rivolta a migliorare la salute della popolazione tramite sforzi organizzati della società, utilizzando tecniche di prevenzione delle malattie, di protezione e di promozione della salute. A tal proposito, un altro passo avanti dell'Italia nel campo dell'innovazione è stata la redazione del Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche del 2018. Seguendo le indicazioni dell'Ocse, il suddetto Piano mira a:

- sostenere l'implementazione e l'uso intelligente del *big data* nel settore sanitario;
- favorire il raggiungimento di benefici significativi sia per la salute della popolazione (prevenzione ed efficacia basata sull'evidenza) che per il sistema economico (sostenibilità costo-efficacia);
- implementare la medicina personalizzata.

I progressi nell'ambito della genomica hanno implicazioni evidenti e cruciali per la salute pubblica permettendo di riconoscere più facilmente le basi genetiche delle malattie ereditarie e offrendo l'opportunità di differenziare, all'interno delle popolazioni, individui e gruppi maggiormente suscettibili a sviluppare determinate condizioni.

Il Piano ha lo scopo di supportare il Servizio sanitario nazionale per aumentare la consapevolezza di tutte le parti interessate in merito all'innovazione basata sulle scienze omiche e dei suoi effetti sulla salute di individui e popolazioni.

Il Piano si concentra su diversi argomenti, tra cui la genomica nella diagnosi delle malattie mendeliane e complesse (es. tumori), la prevenzione personalizzata (test pre-concezionali; test pre e postnatali, screening neonatale), genomica in terapia (farmacogenomica e terapia personalizzata dei tumori). Inoltre, fornisce anche le principali indicazioni per favorire la ricerca e l'innovazione nei seguenti ambiti:

- *big data*;
- formazione e tecnologie per la *literacy*;
- opportunità per la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale mediante programmi di prevenzione pre-primaria volti a ridurre il peso della malattia e il riposizionamento dei farmaci;
- opportunità di ricercare la sostenibilità per il Sistema sanitario nazionale attraverso la prevenzione secondaria volta a ridurre il peso del cancro al seno;
- pazienti non diagnosticati.

La complessità delle scienze omiche e relative applicazioni come la medicina personalizzata, certamente richiede una *governance* dai sistemi sanitari (69).

Tra le innovazioni di processo in termini di trattamento in riferimento a date patologie, al fine di raggiungere risultati di eccellenza, attraverso il miglioramento della strumentazione tecnologico-sanitaria, determinando vantaggio o possibilità di cura per la popolazione, va inquadrato il Centro di Radioterapia Oncologica avanzata attivato nel febbraio 2017 presso la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma.

Il Gemelli Art (*Advanced Radiation Therapy*), è un progetto ipertecnologico che si avvale delle più innovative tecnologie in ambito diagnostico-terapeutico, combinando *imaging* e radioterapia, al fine di garantire una incisiva personalizzazione delle cure garantendo un altissimo standard di servizio. L'alto livello di innovazione e il numero di strumentazioni tecnologiche attive presso il centro, sono classificabili in Radioterapia a fasci esterni. Si tratta di una tecnica che indirizza sul tumore le radiazioni prodotte da apparecchiature che ruotano intorno al paziente. Al Gemelli Art sono operative diverse apparecchiature:

- MRIdian (ViewRay®) che consente di acquisire 4 immagini al secondo, per guidare il rilascio delle radiazioni solo quando il tumore è nella posizione migliore per essere irradiato;
- Edge (Varian®) che è un acceleratore lineare dotato di dispositivi che consente di tracciare i movimenti del paziente e della malattia e di irradiare volumi molto piccoli con estrema precisione;
- Truebeams (Varian®), ovvero acceleratori lineari di ultima generazione che consentono di irradiare in maniera ultraconformata e in breve tempo ampi volumi di malattia.

Al Gemelli Art vengono eseguite anche:

- Radioterapia ad Intensità Modulata (Imrt);
- Terapia Volumetrica Dinamica (Vmat);
- Radioterapia Stereotassica (Srt) cerebrale e extracerebrale (fegato, polmone, pelvi e altro);
- Irradiazione Corporea Totale (*Total Body Irradiation - Tbi*);
- Radioterapia Intraoperatoria (Iort).

Imrt, la Vmat e la Srt sono praticate tramite l'irradiazione guidata dall'immagine (*Imaging Guided Radiation Therapy Igrt*), beneficiando di tecnologie di ultima generazione, come ad esempio l'Epid (*Portal Electronic Imaging*), la *Cone-Beam Ct*, la possibilità di *Gating* respiratorio o attraverso un sistema basato sull'utilizzo di *transponders* (Calypso®), dosimetria portale online, oltre alla Risonanza Magnetica utilizzata nell'apparecchiatura MRIdian. La Radioterapia Interventistica (o Brachiterapia) invece, viene usata per trattare neoplasie di testa e collo, occhio, esofago, cute, vie biliari, sarcomi, prostata, mammella, ano, utero, vagina, perineo e retto. Il tumore viene irradiato attraverso sorgenti radioattive miniaturizzate, posizionate all'interno della malattia, con minime procedure interventistiche guidate dalle immagini che permettono di modulare l'intensità delle radiazioni punto per punto risparmiando gli organi sani vicini. La Radioterapia Metabolica usa invece radiofarmaci, prevalentemente per i carcinomi della tiroide, che, legandosi al metabolismo delle cellule tumorali, ne determina la morte.

Inoltre, il Gemelli Art dispone di uno specifico servizio di *Day-Hospital* e di un reparto di degenza attrezzati per le cure palliative e per gestire direttamente la chemioterapia concomitante anche a bersaglio molecolare e le terapie di supporto.

Ogni singolo caso di tumore è seguito attraverso i *Tumor Board*, che rappresentano un momento di gestione multidisciplinare del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti, essendo caratterizzati dalla discussione collegiale da parte di tutte le figure assistenziali coinvolte e forniscono un approccio multispecialistico alla definizione del piano per i pazienti, consentendo l'ottimizzazione delle decisioni terapeutiche attraverso la condivisione delle scelte. I *Tumor Board* inoltre migliorano la comunicazione con il paziente e tra i vari operatori sanitari e favoriscono la partecipazione a studi clinici e l'accesso a trattamenti innovativi.

Per ogni patologia tumorale è previsto un percorso integrato nel quale vengono elaborati l'iter diagnostico, la terapia chirurgica, la terapia medica, la Radiochemioterapia e le cure palliative.

Al Centro, sono operativi due laboratori (Laboratori Kbo - *Knowledge-Based Oncology*, Oncologia basata sulla conoscenza) nei quali ingegneri, matematici, fisici, esperti di informatica e medici collaborano per estrarre dai dati clinici biologici di immagini diagnostiche e di trattamento dei pazienti, suggerimenti alle decisioni da prendere per impostare ed eseguire le terapie oncologiche personalizzate. Questi programmi consentono infatti, la produzione di supporti alla decisione clinica attraverso l'analisi continua di dati raccolti tra le varie istituzioni evitando qualsiasi scambio di dati sensibili dei pazienti, preservandone efficacemente la *privacy*.

Il sito internet del Centro è progettato per fornire ai pazienti tutte le informazioni cliniche e tecnologiche necessarie che riguardano la Radioterapia presso la struttura. I servizi digitali del Centro sono inoltre completati da una app, Valeo +, che consente di raccogliere le informazioni dal punto di vista del paziente sulla sua qualità di vita, sulla valutazione circa l'impatto delle terapie e di intervenire con attività di prevenzione e di supporto personalizzato. Valeo+ comunica al paziente tutte le informazioni organizzative e cliniche che il Gemelli Art vuole condividere o la risposta degli esami che lui ha eseguito. Inoltre, attraverso la app i pazienti possono creare una *playlist* con la musica desiderata e ascoltarla durante la somministrazione della terapia all'interno del *bunker*, il che migliora il benessere psicofisico complessivo del paziente.

Oltre all'app, è stato costituito il Libro Bianco dell'Oncologia del Gemelli, una testimonianza di come gli operatori del Policlinico si prendono cura delle persone. Questo è un libro elettronico, *e-book*, che raccoglie filmati, può essere facilmente aggiornato con ogni informazione che verrà messa a disposizione, racconta storie di pazienti, di sanitari e volontari che si impegnano ogni giorno intorno alla problematica oncologica, al fine di garantire risposte esaustive ai pazienti con questa malattia (70).

Sempre la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma, si è resa protagonista della creazione del primo polo per la cura dei tumori grazie alla protonterapia (o adroterapia), inserita nei nuovi Lea nel febbraio 2017, che rappresenta una tecnica oncologica radioterapica di precisione che consente di effettuare trattamenti più efficaci e meno tossici sui tumori complessi non trattabili con le tecnologie convenzionali. Questa infatti, permette di rilasciare la dose con estrema precisione e con dose più elevata sul tessuto tumorale riducendo l'esposizione e quindi i danni radio indotti sui tessuti normali. Il trattamento, non sostitutivo della radioterapia, si rende necessario nei casi in cui la tradizionale radioterapia ai raggi X si rivela inefficace, oppure nei tumori non operabili perché troppo vicini a organi o tessuti sensibili come, occhi, nervi, cervello o in-

testino, che devono essere preservati dagli effetti collaterali delle radiazioni. L'adroterapia inserita nei Lea comprende il trattamento per 10 famiglie di patologie tumorali: cordomi e condrosarcomi della base del cranio e del rachide, tumori del tronco encefalico e del midollo spinale, sarcomi del distretto cervico-cefalico, paraspinali, retroperitoneali e pelvici, sarcomi delle estremità resistenti alla radioterapia tradizionale (osteosarcoma, condrosarcoma), meningiomi intracranici in sedi critiche (stretta adiacenza alle vie ottiche e al tronco encefalico), tumori orbitari e periorbitari (ad esempio seni paranasali), incluso il melanoma oculare, carcinoma adenoideo-cistico delle ghiandole salivari, tumori solidi pediatrici, tumori in pazienti affetti da sindromi genetiche e malattie del collagene associate ad un'aumentata radiosensibilità, recidive che richiedono il ritrattamento in un'area già precedentemente sottoposta a radioterapia.

Nella protonterapia i protoni vengono accelerati tramite un Ciclotrone e concentrati in fasci, trasportati e rilasciati con estrema precisione sulla sede del tumore da una testata isocentrica rotante (chiamato Gantry). L'accelerazione dota i protoni di un'energia che raggiunge i 230 MeV (*Mega Electron Volts*) e permette di colpire dall'esterno i tessuti tumorali che si trovano fino a 30 cm di profondità all'interno del corpo.

Del polo in costruzione presso il Policlinico Gemelli di Roma potranno beneficiare i pazienti del Lazio, ma anche del centro e sud Italia fino a coinvolgere il bacino Mediterraneo; infatti, fino ad oggi, le cure con adroterapia erano state erogate solo all'interno del Sistema sanitario regionale di Lombardia ed Emilia Romagna. Il progetto, *Proton4Life*, sostenuto dalla Regione Lazio, in collaborazione con l'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (Enea) e l'Istituto nazionale tumori Regina Elena (Ire) rappresenta infatti un primo esempio di virtuosa collaborazione tra pubblico e privato, che coniuga alta qualità assistenziale, innovazione tecnologica, ricerca clinica e appropriatezza delle prestazioni. All'inizio verranno realizzati i *bunker* per il funzionamento delle attrezzature all'interno dell'Ospedale Gemelli che accoglierà anche l'apparecchiatura del progetto *Top Implant* (progetto nato per la realizzazione di un prototipo di acceleratore lineare di protoni per la cura dei tumori).

Nel corso del 2020 andrà in funzione il primo *Gantry* al Gemelli e il *Top Implant* dando il via ai primi trattamenti.

Nel 2025 *Proton4Life* sarà completamente realizzato e operativo con una *équipe* integrata di specialisti. La dislocazione delle due strutture del Gemelli e dell'Ire, rispettivamente nelle zone nord e sud di Roma consentirà anche una omogenea presenza nella città (71) (72) (73).

L'invecchiamento generale della popolazione e l'allungamento dell'aspettativa di vita, come più volte sottolineato, stanno determinando anche un progressivo cambiamento nell'età dei pazienti che accedono alle cure nelle Unità operative di oncologia nel nostro Paese. Occorre dunque garantire insieme qualità della cura e qualità della vita, il tutto intercalato in un contesto di riduzione delle risorse sanitarie economiche e di aumento delle esigenze di salute, rendendo quindi necessario affrontare questa crisi di sostenibilità attraverso l'analisi degli sprechi, derivanti da interventi inadeguati che erodono risorse. A tal proposito, è stato condotto uno studio a coorte retrospettivo per valutare l'efficacia del trattamento del carcinoma mammario (tumore più comune tra le donne nei Paesi occidentali e seconda causa principale di morte correlata al cancro) presso l'Istituto scientifico romagnolo

per lo studio e la cura dei Tumori (Irst). L'obiettivo del progetto in questione, E.PIC.A (Appropriatezza Economica del Percorso integrato di cura), era quello di rimuovere l'attuale inappropriatazza delle cure, nell'ambito del Pdta del tumore al seno, sia in termini di esiti clinici che di utilizzo delle risorse, considerata l'importanza di questi, quale strumento per il governo dell'appropriatezza terapeutica e il raggiungimento degli obiettivi di salute. Infatti, lo scopo del progetto consiste nello sviluppare un metodo per identificare aree di spreco con lo scopo di riallocare queste risorse in attività di alto valore e, nel cercare di colmare il divario tra la gestione della salute e la pratica clinica, cioè tra l'uso corretto delle risorse e i migliori risultati clinici. L'approccio metodologico del progetto si è basato sullo sviluppo di un modello di analisi che, a partire dal percorso post-diagnosi della paziente con tumore della mammella, è stato alimentato da dati di *Real World Evidence (Rwe)*, estrapolati da database amministrativi e clinici delle aziende sanitarie locali. Una commissione di professionisti del settore, ha identificato 7 *Key Performance Indexes (Kpi)* nel modello di diagnosi e trattamento del carcinoma mammario (locale e sistemico), sulla base delle attuali linee guida dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e la *National Comprehensive Cancer Network (Nccn)*:

- Kpi 1, pazienti in stadio 0, I o II di malattia che hanno eseguito nei due mesi precedenti l'intervento chirurgico uno tra i seguenti accertamenti come ecografia (Eco) epatica, Tomografia computerizzata (Tc), Risonanza magnetica nucleare (Rm) eccetto torace o mammella, scintigrafia ossea o *Positron Emission Tomography (Pet)*;
- Kpi 2, pazienti in stadio 0, I o II di malattia che hanno eseguito nei due mesi successivi l'intervento chirurgico uno tra i seguenti accertamenti, come Eco-epatica, Tc, RN (eccetto torace o mammella), scintigrafia ossea o Pet;
- Kpi 3, pazienti sottoposti a svuotamento ascellare e/o ricostruzione nei 3 mesi successivi l'intervento chirurgico di mastectomia;
- Kpi 4, pazienti sottoposti a re-intervento chirurgico con il calcolo del tempo medio di re-intervento;
- Kpi 5, pazienti che hanno eseguito la radioterapia entro 90 o 150 giorni dall'ultimo intervento chirurgico se non candidati a trattamento adiuvante, oppure entro 180 o 270 giorni dall'ultimo intervento chirurgico se candidati a trattamento adiuvante;
- Kpi 7, pazienti in stadio 0, I o II di malattia che hanno eseguito nei 12 mesi successivi l'intervento chirurgico uno tra i seguenti accertamenti, come Eco-epatica, Tc, RM (eccetto torace e mammella), scintigrafia ossea o Pet; escludendo i primi due mesi analizzati nel Kpi 2.

La coorte è stata selezionata basandosi sui codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella ed intervento chirurgico principale o secondario di quadrantectomia o mastectomia; la stadiazione del carcinoma mammario è stata definita mediante l'utilizzo della classificazione Tnm (*Tumor, Node, Metastasis*) ed è stato definito come indicatore *proxy* di tumore primario il non aver subito un intervento nei 365 giorni precedenti all'intervento eseguito nel 2015. Sono stati inclusi in questo studio 2.798 pazienti residenti in Emilia Romagna riferiti all'Irst dal 1° gennaio 2010 al 30 giugno 2016.

Il progetto ha permesso di:

- verificare la possibilità di collegamento dati tra diverse fonti, ciascuna con un diverso livello di convalida, completamento e tempestività;

- misurare i Kpi, basati su linee guida internazionali intorno alla cura del tumore al seno e identificati nell'appropriatezza economica di uno studio di percorso assistenziale integrato;
- determinare i costi associati per identificare le aree di utilizzo a basso valore.

I risultati ottenuti dai Kpi diagnostici dimostrano che un numero enorme di esami continua ad essere eseguito, nonostante le principali linee guida Nccn e Aiom raccomandino nessun esame aggiuntivo (eccetto per l'imaging mammario e le visite cliniche) dopo una diagnosi precoce (fase I o II) di tumore al seno. Nel presente studio, considerando i 2 mesi precedenti o successivi all'intervento chirurgico (come indicato nel primo scenario di Kpi 1 e in Kpi 2), sono stati identificati 2.516 esami che, secondo le attuali linee guida, dovrebbero essere considerati inappropriati e che potrebbe quindi essere evitati. Oltre all'utilizzo eccessivo di apparecchiature radiologiche, questi esami inappropriati sono associati a un uso improprio di risorse, circa 573,510.80 €. Riconoscere questi sprechi potrebbe essere il primo passo di un processo di riallocazione delle risorse a procedure di valore più alto per i pazienti. Inoltre, la riduzione del numero di interventi radiologici non necessari può aiutare a ridurre le liste di attesa che gravano sulle unità di radiologia, aumentando così l'accessibilità, limitando nel contempo l'esposizione a radiazioni ionizzanti.

I risultati del Kpi terapeutico considerati, secondo i quali solo una piccola percentuale di pazienti (1,1%) sono stati sottoposti a seconda dissezione ascellare e/o a ricostruzione mammaria dopo mastectomia, sono indicativi di una buona *performance* in questo contesto, in quanto i rischi legati agli interventi sono ridotti al minimo. Allo stesso modo, l'elevata proporzione di pazienti che soddisfacevano il Kpi terapeutico sistemico considerato, vale a dire il lasso di tempo tra l'intervento chirurgico e la data di inizio della chemioterapia, suggerisce che questa prestazione sia in linea con le attuali linee guida, sebbene con un margine di miglioramento.

L'implementazione delle linee guida per la cura del cancro rimane una sfida affascinante. L'approccio più razionale e aggiornato per garantire che le linee guida esistenti sul cancro al seno siano seguite è centralizzare la diagnosi e la gestione della malattia presso unità di seno multidisciplinari specializzate. Un'unità mammaria dovrebbe avere protocolli clinici scritti, adattati per l'uso locale da raccomandazioni internazionali o nazionali, per tutte le fasi della gestione del cancro al seno compresa la diagnosi; dovrebbe inoltre disporre di una banca dati completa per il monitoraggio della qualità dei servizi e il *team* di lavoro dovrebbe tenere riunioni formali di riesame delle prestazioni almeno una volta l'anno.

Probabilmente alcuni miglioramenti si potrebbero registrare passando ad una gestione che tenga conto dell'intero percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (Pdta) e quindi ad un approccio multidimensionale ponendo il paziente al centro del suo percorso di malattia. Sarebbe opportuno mettere a punto un sistema specifico di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità efficienza, attuando un piano di disinvestimento da sprechi e inefficienze, riallocando le risorse risparmiate facendo appropriatezza nell'area dell'*over-use* verso l'area dell'*under-use*, passando così concretamente da costi evitabili a costi evitati.

Il progetto ha, infine, dimostrato come sia possibile monitorare alcuni indicatori di processo mediante l'utilizzo di flussi informativi correnti al fine di ottenere una migliore *governance* del sistema. Alla luce di quanto è emerso dal progetto, in futuro sarebbe auspicabile ed opportuno cercare di transitare dal sistema di remunerazione a prestazione (sistema Drg, Nomenclatore tariffario per

prestazioni ambulatoriali) verso un sistema di rimborsi correlati ai profili di cura, aggiornati per il reale assorbimento di risorse (74) (75).

La Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta è un sistema di cura e assistenza interamente dedicato alle persone affette da patologie tumorali. La Rete accompagna il paziente lungo i percorsi di diagnosi e di terapia, offrendogli modalità di cura multidisciplinari e assistenza amministrativa da parte di centri dedicati.

Il primo riferimento del paziente e dei suoi familiari per l'assistenza e l'orientamento tra le strutture ospedaliere è il Centro accoglienza e servizi (Cas) che svolge un duplice ruolo:

- accoglie il paziente, informandolo in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni;
- svolge mansioni sul versante amministrativo-gestionale lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, prevedendo l'attivazione del Gruppo interdisciplinare cure di riferimento (Gic), un'equipe medica composta da professionisti di diverse specializzazioni (oncologo medico, chirurgo oncologo, radioterapista, anatomopatologo, medico di medicina generale, terapeuta del dolore, riabilitatore, psico-oncologo, infermiere, assistente spirituale), che stabilisce i percorsi di cura integrati ed appropriati attraverso una visione complessiva della persona malata; la verifica della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale; la prenotazione delle prestazioni diagnostiche preliminari; la creazione e aggiornamento della Scheda sintetica oncologica del paziente; la gestione della documentazione informatica; e la comunicazione costante con gli altri Cas della Rete.

Il paziente che desidera accedere alla Rete oncologica può rivolgere ai Cas presenti sul territorio. I percorsi di accesso alla Rete si possono diversificare a seconda che il paziente vi giunga su indicazione del proprio medico di famiglia o dello specialista, per iniziativa personale o, ancora, provendo da un reparto ospedaliero.

Le attività del Gruppo interdisciplinare cure comprendono:

- la presa in carico del paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico;
- l'aggiornamento costantemente del Cas sul percorso diagnostico-terapeutico del paziente;
- le discussioni collegiali sui casi. Si definisce e si applica un iter terapeutico univoco nel rispetto delle linee guida e sulla base di protocolli procedurali condivisi o di protocolli sperimentali regolarmente approvati;
- un'adeguata comunicazione con il paziente e i suoi *caregiver* (76).

Gli obiettivi della Rete Oncologica sono:

- superare le disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari e prestazioni erogate;
- raggiungere standard di trattamento sempre più elevati;
- semplificare le fasi di accesso ai servizi, da parte del paziente, e lo sviluppo dei percorsi di diagnosi e terapia;
- avvicinare i servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura;

- individuare percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali uniformi e coerenti;
- sviluppare un'attività di ricerca sempre più all'avanguardia con il conseguente trasferimento dei risultati ottenuti in ambito clinico.

La presa in carico del paziente implica i seguenti vantaggi:

- coordinamento del percorso diagnostico-terapeutico;
- tempestività degli interventi;
- interdisciplinarietà del piano di cura.

La collegialità, inoltre, consente al paziente di acquisire un maggiore potere decisionale rispetto alle eventuali diverse scelte e opzioni terapeutiche.

Il governo della Rete Oncologica è affidato al Dipartimento interaziendale interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta istituito presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, questo ha ritenuto opportuno costituire gruppi di lavoro che affianchino in staff la direzione, composti da professionisti individuati tra gli operatori delle Aziende sanitarie per le particolari competenze nei rispettivi ambiti di attività e la rappresentatività delle diverse realtà regionali. Il loro compito è analizzare criticità e problemi, proponendo soluzioni riguardanti il proprio ambito di lavoro e concorrere con professionalità e in modo continuativo alle decisioni che dovranno essere assunte (77).

Sempre allo scopo di rendere efficaci le innovazioni che possano affrontare le sfide della transizione epidemiologica, demografica e sociale, c'è bisogno di agire in funzione della garanzia della sostenibilità dei Sistemi sanitari universalistici che promuovono il diritto alla salute per tutti, tra cui il Sistema sanitario nazionale e, conseguentemente, regionale. È quindi necessaria l'introduzione di nuovi sistemi di codifica delle prestazioni e di finanziamento, necessari per lo sviluppo di un modello di cure che sia centrato sul paziente e sostenibile.

In tale direzione, nell'ambito dell'assistenza territoriale, è stata introdotta l'innovativa modalità di presa in carico globale di pazienti affetti da patologie croniche (ipertesi, diabetici, affetti da scompenso cardiaco, bronchitici cronici e altre patologie croniche). Questo progetto, denominato *Cronic Related Group (Creg)*, è stato lanciato in Lombardia nell'aprile 2012 ed ha visto coinvolte 5 Asl (Aziende Sanitarie Locali) coinvolte (Bergamo, Como, Lecco, Milano e Melegnano), registrando oltre 40.000 pazienti e coinvolgendo 415 medici di base di riferimento. Il *Creg* rappresenta una modalità di classificazione degli assistiti in funzione della cronicità e dal punto di vista operativo una modalità di presa in carico dei pazienti che non si basa su dei piani diagnostico terapeutico assistenziali (Pdta), ma sulla presa in carico omnicomprensiva (specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale e protesica minore) dei pazienti. Nel modello *Creg*, attraverso una tecnica di clusterizzazione sono individuate le Epa (elenco prestazioni attese) che rappresentano per i pazienti classificati nei diversi *Creg* le prestazioni più probabili.

Infatti, tenendo come riferimento le Epa e partendo dalla storia individuale del paziente relativa all'ultimo anno, per ogni paziente arruolato è ridefinito all'inizio della sperimentazione un Pai (piano di assistenza individuale) che viene registrato in formato informatizzato. Il Pai viene elaborato dal medico di medicina generale sulla base dei Pdta, frutto di un lavoro congiunto tra medici di medicina generale e specialisti e validati dall'Asl ed infine vengono adattati al singolo paziente.

Sulla base dell'analisi della Banca dati assistito viene attribuita una tariffa per ciascun *Creg* e tale strumento tariffario, viene affidato ad un *provider* (cooperative dei Mmg), che deve garantire al cittadino le prestazioni necessarie per la gestione complessiva delle sue patologie. Il cittadino ha la libertà di scegliere gli erogatori delle prestazioni e il *provider* non può contrattare le tariffe con gli erogatori stessi.

Tra gli altri servizi offerti dal *provider*:

- un *call center* informativo per il cittadino;
- un servizio per raccogliere il consenso del singolo cittadino;
- iniziative di informazione sanitaria e di *empowerment* degli assistiti;
- supporti di telemedicina;
- *report* sugli indicatori di processo e di risultato relativi all'assistenza fornita.

L'obiettivo di questo progetto, centrato sulla persona e non sulla malattia, è stato quello di affrontare la cronicità, secondo una visione sistemica capace di ricomporre in una programmazione unitaria ed integrata l'attuale frammentazione dei servizi, garantendo continuità nell'accesso alle reti dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra gli operatori dell'ambito sanitario, sociosanitario e sociale. Un successivo obiettivo è stato quello di sviluppare, a partire dall'esperienza dei *Creg*, sistemi tariffari "a percorso" basati sul rischio clinico, differenziati per livelli di cronicità (territoriali e ospedalieri) e ambiti di erogazione, integrandoli in un sistema unitario (78) (79) (80). ●



Bibliografia, sitografia e normativa

Capitolo 1:

1. Budysh, K., et al. (2013). Telemedicin: Wege zum Erfolg. Kohlhammer Verlag.
2. De Maeseneer, J. (2015). European Expert Panel on effective ways of investing in Health: opinion on primary care. Primary health care research & development, 16(2), 109.
3. Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15(1), 1-20.
4. Varkey, P., et al. (2008). Innovation in health care: a primer. American Journal of Medical Quality, 23(5), 382-388.
5. Blanch, L., et al. (2014). Innovation and technology transfer in the health sciences: A cross-sectional perspective. Medicina Intensiva (English Edition), 38(8), 492-497.
6. Friebe, M. (2017). Exponential Technologies+ Reverse Innovation= Solution for future healthcare issues? What does it mean for university education and entrepreneurial opportunities?. Otto von Guericke University Magdeburg is a corporation under public law. It is represented by the President: Prof. Dr.-Ing. Jens Strackeljan Universitätsplatz 2 D-39106 Magdeburg, 9.
7. Joe, T. (Ed.). (2010). Gaining momentum: Managing the diffusion of innovations (Vol. 15). World Scientific.
8. Snowdon, A. W., et al. (2015). Reverse innovation: an opportunity for strengthening health systems. Globalization and health, 11(1), 2.
9. Freire, K., & Sangiorgi, D. (2010). Service design and healthcare innovation: from consumption to co-production to co-creation. In Service Design and Service Innovation conference, 39-50. Linköping Electronic Conference Proceedings.

Capitolo 2:

1. Böhm, K., et al. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. Health Policy, 113(3), 258-269.

Capitolo 3 e 4:

- 1 Eurostat. (2016). Joint Health Accounts Questionnaire.
- 2 Istat. (2017). Statistiche Report anni 2012-2016: Il sistema dei conti della sanità per l'Italia.
- 3 RBM – Censis. (2017). VII Rapporto RBM – Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata: il futuro del sistema sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità.
- 4 SDA Bocconi. (2017). La spesa sanitaria delle famiglie italiane.
- 5 OECD Data. (2018). Disponibile: <https://data.oecd.org/>.

Capitolo 5:

- 1 Art. 23 Costituzione della Repubblica Italiana.
- 2 Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale".
- 3 D.M. 20/70.
- 4 D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza".
- 5 OECD. Estrapolato da <https://www.oecd.org>
- 6 Piperno, A. (2017). "I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie". [PDF file]. Estrapolato da <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2972007.pdf>
- 7 D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
- 8 Piperno, A. (2017). La previdenza sanitaria integrativa configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. [PDF file]. Estrapolato da <http://www.dire.it/newsletter/odm/comunicati/report.pdf>
- 9 D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421".
- 10 D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, art. 9.
- 11 D.M. 31 marzo 2008 "Consegna da parte del farmacista, in caso di urgenza, di medicinali con obbligo di prescrizione medica in assenza di presentazione della ricetta".
- 12 D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 9 "Forme integrative di assistenza sanitaria".
- 13 D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, "Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi".
- 14 La Via, C. (31 ottobre 2017). "La carica dei 325 fondi sanitari". Estrapolato da <http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2017-10-31/la-carica-325-fondi-sanitari-150053.shtml?uuid=AEJXrowC>.
- 15 Legge 15 aprile 1886, n. 3818, "Costituzione legale delle società di mutuo soccorso".
- 16 Agostini, C. (30 marzo 2018). "L'esperienza di Sanifonds: intervista al direttore del fondo territoriale trentino". Estrapolato da <http://www.secondowelfare.it/privati/fondi-integrativi/lesperienza-di-sanifonds-intervista-al-direttore-del-fondo-territoriale-trentino-.html>.
- 17 Schifini, G. (1 marzo 2018) "Autonomia: accordo Governo-Lombardia". Estrapolato da <http://www.regioni.it/newsletter/n-3334/del-01-03-2018/autonomia-accordo-governo-lombardia-17772/>.

Capitolo 6:

1. Attivazione della presa in carico dei pazienti cronici e fragili: DGR n. X/6551 del 04.05.17 "Riordino della rete d'offerta". (8 gennaio 2018). Estrapolato da <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/attuazione-della-riforma-sociosanitaria-lombarda/riordino-rete-offerta/dgr2017-6551-riordino-rete-offerta1>.
2. Ribera, J., et al. (2016). Hospital of the Future. A New Role for Leading Hospitals in Europe. Abridged version. Center for Research in Healthcare Innovation Management. Business School. Universidad de Navarra. España.

3. Examining Models of Care and Reimbursement, Including Patient Management Fees, ACOs, and PCMHs: A Panel Discussion. (2013). Estrapolato da <http://www.ajmc.com/journals/evidence-based-diabetes-management/2013/2013-1-vol19-sp2/examining-models-of-care-and-reimbursement-including-patient-management-fees-acos-and-pcmhs-a-panel-discussion>.
4. Valence Health – Solutions for Value-Based Care. (2013). Models of Value-Based Reimbursement A Valence Health Primer. [PDF file]. Estrapolato da <https://www.evo-lenthealth.com/valence-health>.
5. DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, “Approvazione delle nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per le annualita' 2017-2018-2019, dello schema di contratto e dei tetti di spesa della Regione Piemonte e delle Aziende sanitarie regionali per l'annualita'2017”. [PDF file]. Estrapolato da http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2017/32/attach/dgr_05504_830_03082017.pdf.
6. Bruch, R. (2016). A Sea Change in Medicine Current Shifts in the Delivery and Payment of Medical Care. North Carolina medical journal, 77(4), 261-264.
7. Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. Harvard business review, 91(12), 24-24.
8. The King's Fund. Ideas that change Healthcare. Estrapolato da <https://www.kingsfund.org.uk>.
9. Ham, C. (20 febbraio 2018). “Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and *accountable* care organisations in the NHS in England”. Estrapolato da <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems#change>.

Capitolo 7:

- 1 Pelissero, G. (2010). La Sanità della Lombardia. Franco Angeli.
- 2 Pelissero, G. (2010). Il Sistema Sanitario italiano: una realtà in continua evoluzione. In: Eppur si muove come cambia la sanità in Europa fra pubblico e Privato. IBL Libri.
- 3 Pelissero, G. (2016). La Sanità italiana, una storia infinita. In: Nella storia della Sanità italiana. Cinquant'anni di AIOP. I.A.S.A. Edizioni.
- 4 Pelissero, G. (2018). Il futuro della sanità italiana. In: Ospedali&Salute Quindicesimo Rapporto. Franco Angeli.

Capitolo 8:

- 5 Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press.
- 6 D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421”.
- 7 Damiani, G., & Ricciardi, G. (2005). Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria. Idelson-Gnocchi.
- 8 D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

- 9 Brusoni, M., et al. (2007). Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune. L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2007, 1000-1031.

- 10 Palinuro, A. (2017). "Quantificazione dell'impegno infermieristico: creazione di indicatori economici attraverso un'analisi delle attività erogate a pazienti appartenenti ai drg oncologici e con complessità maggiore".

- 11 Benigni, M., et al. (2000). Adozione e impatto del sistema di pagamento a prestazione degli ospedali nelle regioni italiane. *Politiche Sanitarie*, 1(1), 77-86.

- 12 Nonis, M., et al. (2007). 12 anni di DRG in Italia, bilancio di un'esperienza nel confronto dei paesi dell'unione europea. *Accademia Lancisiana XIV Seduta Scientifica 292° Anno Accademico 15 maggio*.

- 13 Nonis, M. & Lerario, M. (2004). DRG: valutazione e finanziamento degli ospedali. *Il Pensiero Scientifico*, Roma.

- 14 Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, *Health For All*, 2008. (2010). Estrapolato da <http://www.istat.it/it/archivio/16385>

- 15 I 15 Mattoni del SSN. (2010). Estrapolato da <http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaMenuMattoni.jsp?id=3&menu=mattoni&lingua=italiano>.

- 16 D.M. 18 dicembre 2008. "Nuove Classificazioni ICD-9-CM e DRG".

- 17 Greco, D. P. (2000). Dal protocollo alla tariffa: un percorso per affrontare e gestire le problematiche dei costi della sanità (419). Franco Angeli.

- 18 Nonis, M., & Rosati, E. (2013). Guida alla classificazione degli interventi chirurgici. Ist. Poligrafico dello Stato, Roma.

- 19 Petretto, A. (1997). *Economia della sanità*. Il Mulino.

- 20 Saita, M. (2007). *Governance ed economicità nelle aziende sanitarie*. Il Sole 24 Ore.

- 21 Crupi, D., et al. (2009). *Costi standard ricoveri. Manuale per elaborare ed utilizzare in un'ottica strategica gli indicatori gestionali relativi alla degenza ospedaliera*. Franco Angeli.

- 22 D.M. Sanità 15 aprile 1994. "Determinazione dei criteri generali per la determinazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera".

- 23 Taroni, F. (1996). DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. *Il Pensiero Scientifico*, Roma.

- 24 *Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Prex. 2010, Milano.

- 25 Russo, S. (2012). *Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche. Profili evolutivi assetto istituzionale e performance*. Cedam, Padova.

- 26 Amaddeo, F., & Bonizzato, P. (1999). Verso un nuovo sistema di finanziamento dei servizi psichiatrici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 8(1), 5.

- 27 Il Progetto Mattoni SSN. (2003). Estrapolato da http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1131&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto.

- 28 *Muir Gray: Defining the population for systems of care*. (2012). Estrapolato da <http://blogs.bmj.com/bmj/2012/10/23/muir-gray-defining-the-population-for-systems-of-care/>.

- 29 Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448-457.

- 30 NHS England Programme Budgeting. Estrapolato da <https://www.england.nhs.uk/resources/resources-for-ccgs/prog-budgeting/>
- 31 Rapporto Osservasalute 2015. (2016).
- 32 Vukovic, V., et al. (2017). Does public reporting influence quality, patient and provider's perspective, market share and disparities? A review. *The European Journal of Public Health*, 27(6), 972-978.
- 33 Atella, V., Cincotti, F. (2013). La spesa Sanitaria in tempi di Spending Review: il quadro di sintesi dei prossimi anni. [PDF file]. Estrapolato da http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/53057/56132/FFF_1_Quaderno_gen2013/044a8bc8-db95-4f25-8416-56c003df9cff.
- 34 Atella, V., Cincotti, F. (2015). I conti della Sanità in Italia: consuntivi e prospettive future. [PDF file]. Estrapolato da <http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/53057/56132/Quaderno+Luglio+2015/aff560b0-a3fd-4671-8385-c8c96772744d>.
- 35 Legge 5 maggio 2009, n. 42. "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione".
- 36 Centro Studi Assobiomedica (CSA). I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera, in "Analisi". Milano 6, 2010.
- 37 OECD Reviews of Healthcare Quality: Italy 2014. (2015). Estrapolato da https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014_9789264225428-en#page1.
- 38 University of York. Centre for Reviews and Dissemination. (2009). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York, Centre for Reviews & Dissemination.
- 39 Ministero della Salute. (2012). Manuale di formazione per il governo clinico: Il governo dell'innovazione nei sistemi sanitari.

Appendice:

- 1 Tamblin, R., et al. Health System Transformation through Research Innovation. *Health System Transformation through Research Innovation*, 8.
- 2 The Coalitions Linking Action and Science for Prevention. Estrapolato da <http://hsf.ca/research/en/coalitions-linking-action-and-science-prevention-competition-results-2010>.
- 3 Collaborative Action on Childhood Obesity. Estrapolato da <http://hsf.ca/research/en/node/191>.
- 4 Canadian Cancer Research Alliance (2015). Target 2020: A Strategy for Collaborative Action, 2015–2020. Toronto: CCRA.
- 5 Bobechko, B., et al. (2014). Healthcare Innovation Informed by Research.
- 6 Social Impact Bond in Health. (2016). Estrapolato da https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/socialimpactbondinhealth.htm#tab_description
- 7 Procure to Pay. (2012). Estrapolato da <https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/procuretopay.htm> - tab_lessons
- 8 Sophia. (2008). Estrapolato da https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/sophia.htm#tab_implementation.

- 9 Etude De Satisfaction 2014 – Synthèse Adherents Sophia – Medecins Generalistes. (2014). [PDF file]. Estrapolato da https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5460/document/sophia-satisfaction-2014_assurance-maladie.pdf.

- 10 Lean Hospital. (2009). Estrapolato da https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/leanhospital.htm#tab_lessons.

- 11 Programme HoPital Numerique. (2014). [PDF file]. Estrapolato da http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_hopital_numerique_-_Feuille_de_route_-_2014-2.pdf.

- 12 TerriSanté. Estrapolato da <http://www.urps-pharmaciens-idf.fr/2015/la-sante-et-le-numerique/terrisante>.

- 13 Le programme Territoire de Soins Numerique. (2015). [PDF file]. Estrapolato da <http://www.faireavancerlasantenumerique.com/wp-content/uploads/2015/04/Le-programme-Territoire-de-Soins-Numerique-TSN.-Franck-Jolivaldt-DGOS.pdf>.

- 14 TerriSantè. [PDF file]. Estrapolato da <https://www.terr-esante.fr/wp-content/uploads/2016/11/Plaqueette-présentation-TERR-eSANTÉ.pdf>.

- 15 E-santé 2020. (2016). Estrapolato da <http://www.crrcetp.fr/strategie-nationale-e-sante-2020>.

- 16 E-parcours e e-Hôp 2.0. (2017). Estrapolato da <http://www.crrcetp.fr/e-parcours-et-e-hop-20-nouveaux-programmes-sur-le-numerique-en-sante>.

- 17 Unit, E. I., & Kinninmont, J. (2009). The GCC in 2020: the Gulf and its people. The Economist Intelligence Unit Limited. Sponsored by the Qatar Financial Center Authority.

- 18 E-Health Card. (2016). Estrapolato da <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/en/health/the-electronic-health-card.html>.

- 19 Busse, R., & Stahl, J. (2014). Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health Affairs*, 33(9), 1549-1558.

- 20 Hildebrandt, H., et al. (2012). Triple aim in Kinzigital, Germany: improving population health, integrating health care and reducing costs of care—lessons for the UK?. *Journal of Integrated Care*, 20(4), 205-222.

- 21 Szecsenyi, J., et al. (2008). German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. *Diabetes care*, 31(6), 1150-1154.

- 22 Don't forget to take your medicine!" Improving the use of medicine by elderly patients in the region of Madrid. (2006). Estrapolato da https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/dontforgettotakeyourmedicinimprovingtheuseofmedicinebyelderlypatientsintheregionofmadrid.htm#tab_description.

- 23 InnovaSaúde. Estrapolato da <https://www.sergas.es/Hospital-2050---Innova-Saude/Hospital-2050-InnovaSaúde-Inglés-InnovaSaúde>.

- 24 Compra Pública de Innovación. Estrapolato da <https://www.idepa.es/innovacion/compra-publica-de-innovacion>.

- 25 H2050. Estrapolato da <https://www.sergas.es/Hospital-2050---Innova-Saude/Hospital-2050-InnovaSaúde-Inglés-H2050>.

- 26 Ribera, J., et al. (2016). Hospital of the Future. A New Role for Leading Hospitals in Europe. Abridged version. Center for Research in Healthcare Innovation Management. Business School. Universidad de Navarra. España.

- 27 Basque Country: Managing Increased Chronicity Through Public Health Transformation. (2017). [PDF file]. Estrapolato da https://www.accenture.com/t20170518T081219__w_/us-en/_acnmedia/PDF-51/Accenture-Health-Transforming-Public-Health-Case-Study.pdf.
- 28 A Strategy to tackle the challenge of Chronicity in the Basque Country. (2010). [PDF file]. Estrapolato da <https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/practices/chronicitybasquecountry.pdf>
- 29 Coxworth, B. (27 novembre 2013). "Teki system lets patients visit the doctor via Kinect". Estrapolato da <https://newatlas.com/teki-kinect-telemedicine/29940/>
- 30 Irish Medical Times. (21 marzo 2013). "Getting all 'TeKi' on patients". Estrapolato da <https://www.imt.ie/features-opinion/getting-all-teki-on-patients-21-03-2013/>.
- 31 Ribera Salud's contribution to the public healthcare system in Spain. (2016). [PDF file]. Estrapolato da <http://riberasalud.com/wp-content/uploads/2016/03/Ribera-Salud-s-contribution-to-the-public-healthcare-system-in-Spain.pdf>.
- 32 Solleftea and Boras hospitals; Sjunet, Sweden – radiology consultations between Sweden and Spain. (2006). [PDF file]. Estrapolato da http://ehealth-impact.eu/fileadmin/ehealth_impact/documents/ehealth-impact-7-10.pdf.
- 33 Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health (EXPH) - Disruptive Innovation - Considerations for health and health care in Europe. (2016). [PDF file]. Estrapolato da https://ec.europa.eu/health/expert_panel/experts/working_groups/wg_assessment_study_ppp_en.
- 34 The Effects of the Swedish Rehabilitation Guarantee on Health and Sickness Absence. (2014). [PDF file]. Estrapolato da https://www.inspsf.se/digitalAssets/4/4780_3summary_2014-12.pdf
- 35 All Swedish Quality Registries. (2016). Estrapolato da <http://kvalitetsregister.se/englishpages/findaregistry/allswedishqualityregistries.2028.html>
- 36 Thor, J., et al. (2016) Swedish National Quality Registries and Their Contribution to the Best Possible Care for Patients. [PDF file]. Estrapolato da http://aws-cdn.internationalforum.bmj.com/pdfs/2016_G2.pdf.
- 37 Batalden, P., et al. (). Enabling Uptake of a Registry-Supported Care and Learning System in the United States: A Report to the Robert Wood Johnson Foundation from. Hanover, NH: Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice.
- 38 Roden, L. (8 novembre 2016). "Digital appointments with doctors trialled in Sweden". Estrapolato da <https://www.thelocal.se/20161108/sweden-trials-digital-appointments-with-doctors>.
- 39 KRY. Estrapolato da <https://kry.se/en/>.
- 40 Shine. (2010). Estrapolato da <https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/seasonalhealthinterventionsnetworkshine.htm>
- 41 From crisis management to prevention: How the Lambeth Living Well Collaborative is driving the transformation of mental health services. (2010). Estrapolato da <https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/fromcrisismanagementtopreventionhowthelambethlivingwellcollaborativeisdrivingthetransformationofmentalhealthservices.htm>.
- 42 "Drink a little less. See a better you!" Social marketing campaign delivered by ChaMPs Public Health Network. (2008). Estrapolato da https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/drinkalittlelesseeabetteryousocialmarketingcampaigndeliveredbychampspublichealthnetwork.htm#tab_description.

- 43 Personal Health Budget. (2009). Estrapolatyo da https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/personalhealthbudgets.htm#tab_results.
- 44 Freire, K., & Sangiorgi, D. (2010). Service design and healthcare innovation: from consumption to co-production to co-creation. In Service Design and Service Innovation conference, 39-50. Linköping Electronic Conference Proceedings.
- 45 White, A. (28 aprile 2014). "Tech pioneer brings GP appointments into the living room". Estrapolato da <https://www.telegraph.co.uk/finance/businessclub/10793175/Tech-pioneer-brings-GP-appointments-into-the-living-room.html>.
- 46 Stephens, P. (23 settembre 2014). "AI, robots, pocket doctors: Patient-centred health tech". Estrapolato da <http://www.bbc.com/news/business-29259571>.
- 47 Solon, O. (28 aprile 2014). "Babylon app puts a GP in your pocket". Estrapolato da <http://www.wired.co.uk/article/babylon-ali-parsa>.
- 48 Wood, A. (9 giugno 2015). "Doctor in your pocket? Babylon replaces your GP with an app". Estrapolato da <https://www.thememo.com/2015/06/09/doctor-in-your-pocket-babylon-replaces-your-gp-with-an-app/>.
- 49 Olson, P. (12 novembre 2015). "The A.I. Will See You Now". Estrapolato da <https://www.forbes.com/sites/parmyolson/2015/11/12/the-a-i-will-see-you-now/#1321a71d1dc6>.
- 50 Spaven, E. (20 marzo 2017). "Babylon: Bringing digital health to the world". Estrapolato da <https://www.uktech.news/need-to-know-2/babylon-bringing-digital-health-world-20170320>.
- 51 GP at Hand. Estrapolato da <https://www.gpathand.nhs.uk>.
- 52 Partnership for Patients. Estrapolato da <https://innovation.cms.gov/initiatives/Partnership-for-Patients/>.
- 53 Hardin, L., et al. (2017). Bundled payments for care improvement: preparing for the medical diagnosis-related groups. *Journal of Nursing Administration*, 47(6), 313-319.
- 54 Comprehensive Primary Care Initiative. Estrapolatyo da <https://innovation.cms.gov/initiatives/Comprehensive-Primary-Care-Initiative/>
- 55 Comprehensive Primary Care Plus. Estrapolato da <https://innovation.cms.gov/initiatives/comprehensive-primary-care-plus/index.html>
- 56 Shared Savings Program. Estrapolato da <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/about.html>.
- 57 Advance Payment Accountable Care Organization (ACO) Model. (2013). [PDF file]. Estrapolato da <https://innovation.cms.gov/Files/fact-sheet/Advanced-Payment-ACO-Model-Fact-Sheet.pdf>.
- 58 Financial Alignment Initiative. (2017). [PDF file]. Estrapolato da <https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/FinancialAlignmentInitiative/Downloads/FAExtensionMemo011917.pdf>.
- 59 Financial Alignment Initiative. Estrapolato da <https://innovation.cms.gov/initiatives/Financial-Alignment/>.
- 60 The peer-employment-training approach of Recovery Innovations in Arizona. (2006). Estrapolato da https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/thepeer-employment-trainingapproachofrecoveryinnovationsin-arizona.htm#tab_description.

- 61 Recovery Innovations. Estrapolato da <http://www.govint.org/good-practice/case-studies/the-peer-employment-training-approach-of-recovery-innovations-in-arizona/further-information/>.
- 62 Agboola, S., et al. (2015). Heart failure remote monitoring: Evidence from the retrospective evaluation of a real-world remote monitoring program. *Journal of medical Internet research*, 17(4).
- 63 Berry, L. L., et al. (2013). Care coordination for patients with complex health profiles in inpatient and outpatient settings. In *Mayo Clinic Proceedings*. 88(2), 184-194. Elsevier.
- 64 Fascicolo Sanitario Elettronico. Estrapolato da <https://www.fascicolosanitario.gov.it>
- 65 Ricetta Dematerializzata. Estrapolato da <http://www.promofarma.it/Servizi/Ricetta-Dematerializzata/ricetta-elettronica.aspx>.
- 66 E-Prescription – Ricetta Medica Elettronica. (2011). Estrapolato da http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2514&area=eHealth&menu=vuoto
- 67 Registri Tumori. Estrapolato da <http://www.registri-tumori.it/cms/it>.
- 68 Registro Dei Pazienti Con Malattie Neuromuscolari. Estrapolato da http://www.registronmd.it/?page_id=18.
- 69 Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche. (2018). Estrapolato da http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3270.
- 70 Gemelli ART (Advanced Radiation Therapy). Estrapolato da <http://www.gemelliart.it>
- 71 Proton4Life. Estrapolato da http://www.policlinicogemelli.it/news_dett.aspx?id=37B42E3A-FEAC-4B68-A953-1510CA60A678.
- 72 M., V. (29 marzo 2017). "Adroterapia rimborsata dal Servizio Sanitario contro 10 tipi di tumori". *Corriere della Sera*. Estrapolato da http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/17_marzo_27/adroterapia-rimborsata-servizio-sanitario-contro-10-tipi-tumori-2802aebe-12fe-11e7-8b2d-0e38850275a7.shtml.
- 73 Vicarelli, G. (2017). I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?. *Social Policies*, 4(3), 517-522.
- 74 Massa, I., et al. (2018). The challenge of sustainability in healthcare systems: frequency and cost of diagnostic procedures in end-of-life cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 1-8.
- 75 Sanità 4.0. Le aziende Sanitarie discutono. (2017). Pubblicazione del Forum dei Direttori di Federsanità Anci. [PDF file]. Estrapolato da http://www.federsanita.it/public/Sanita_%20numero_primo.pdf.
- 76 La rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. (19 marzo 2014). Estrapolato da <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/guida-al-servizio-sanitario/assistenza-ospedaliera/196-la-rete-oncologica>.
- 77 La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Estrapolato da <http://www.reteoncologica.it/la-rete/chi-siamo>
- 78 Creg, Primi Passi E Prime Evidenze. Estrapolato da <http://www.iml.lombardia.it/progetto-impl/progetto-creg.html>.
- 79 Barbieri, G. (12 giugno 2015). "Lombardia. La sperimentazione Creg sui pazienti cronici funziona. Per il 66% il modello ha influito positivamente sullo stato di salute". Estrapolato da http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=28997.
- 80 Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia. (23 dicembre 2015). [PDF file]. Estrapolato da <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/01/DGR-4662-23.12.15-Piano-Cronicità.pdf>.

Esattamente 40 anni fa, con la legge n. 833 del 23 dicembre del 1978, nasceva il Servizio sanitario nazionale (Ssn), grazie al quale si è reso concreto e operativo il principio dell'universalità dell'accesso alle cure.

Oggi, di fronte alla sfida universale della sostenibilità dei sistemi sanitari rispetto alle pressioni provenienti dall'aumento di costi, dalla crescente differenziazione professionale e organizzativa e, ovviamente, dell'aspettativa di salute da parte di una medicina sempre più tecnologica, bisogna re-immaginare il nostro Ssn a invarianza di valori e obiettivi.

Il presente report, ultimo di una serie di tre documenti, scritti con il supporto tecnico scientifico prima di Luiss e quindi di V.I.H.T.A.L.I. – Spin Off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, che hanno avuto l'obiettivo di confrontare i sistemi sanitari a livello globale per poter definire aspetti migliorativi degli stessi e, immaginarli per l'Italia, si propone di rendere maggiormente operative per il futuro del Ssn molte delle riflessioni emerse dall'analisi, dal confronto, dalla condivisione.

L'analisi delle innovazioni nei campi propri della sanità e l'esame dei punti di forza e di debolezza dei Servizi sanitari dei diversi Paesi in analisi sono stati svolti con l'obiettivo di fornire un riferimento di comparazione in un'ottica di implementazione delle strategie orientate alla qualità e al valore, per capire gli scenari futuri e le prospettive possibili. Questo report nasce da un substrato analitico che vuole essere base per supportare un'azione di difesa e rilancio per il Ssn a 40 anni dalla sua istituzione.

Analisi, spunti, riflessioni e un'incrollabile fiducia nei confronti del modello di promozione della salute made in Italy rendono questo report un'opportunità unica per provare a capire e governare il presente, immaginando il futuro ad alto valore.

Tutto ciò sarà possibile solo se si sapranno valorizzare le risorse umane, tecniche, professionali del sistema salute italiano, se saranno comprese le criticità di sistema su cui intervenire (es. abbattimento dei silos organizzativi e professionali, modifica dei sistemi di finanziamento e remunerazione, etc.), garantendo ai cittadini una scelta nelle cure che sia libera e basata su informazioni trasparenti e affidabili.

Tutto ciò sarà possibile nella misura in cui il Ssn sarà in grado di rispondere rapidamente e in modo equo, nel rispetto della qualità e sicurezza, al netto di servizi ad alto valore, ai bisogni di salute del cittadino, a prescindere dalla regione di appartenenza, dalle possibilità personali e dal proprio informato giudizio.



Si ringrazia per la stampa

