

Investing in hospitals of the future

Rechel B, Wright S, Edwards N et al
European Observatory on Health Systems and Policies - Studies series No 16, 2009
<http://www.euro.who.int/document/e92354.pdf>

Il lavoro si occupa del tema della programmazione ospedaliera, riportando numerose esperienze e cercando di fornire una risposta su come ottenere il ritorno migliore da questi investimenti. Ogni anno vengono infatti investite cifre enormi a questo riguardo e non sempre l'aspettativa da parte di cittadini e utenti, che è quella di un ritorno positivo, viene esaudita. Il problema è affrontato a partire dai cambiamenti del contesto legato alla popolazione, al tipo di malattie, alle tecnologie mediche disponibili, alla forza lavoro, alle aspettative del pubblico e della politica. Viene anche affrontato il tema della reingegnerizzazione dei processi, in grado di portare a nuove logiche nella fornitura dei servizi ospedalieri integrati nella comunità esistente. Interessante la valutazione delle strutture ospedaliere in termini tattici e strategici, con esempi di raggiungimento di risultati per le diverse possibili situazioni. Gli autori riportano anche numerosi esempi di strategie innovative per ridurre le ospedalizzazioni, come l'uso di tecnologie domiciliari avanzate e di diagnostica ambulatoriale, il contatto telefonico e per posta elettronica dei pazienti con medici ed infermieri, la possibilità di riaccedere direttamente allo staff di cura per il paziente dimesso, se lo ritiene opportuno, la responsabilizzazione delle decisioni in capo a medici esperti piuttosto che a giovani medici, l'impiego da parte dello staff ospedaliero dei processi di *root cause analysis* per migliorare i percorsi, l'utilizzo delle strutture oltre la normale settimana lavorativa e le ore previste tradizionalmente, e infine l'accesso dei pazienti ai professionisti più appropriati e non solo alla componente medica. Nei diversi capitoli vengono affrontati molti temi, fra cui i nuovi modelli assistenziali, in particolare per le malattie croniche, l'impatto delle strutture sulla forza lavoro, il ruolo del mercato e della competizione sugli ospedali, le tematiche legate al reperimento dei finanziamenti, la considerazione dell'intero ciclo di vita di queste strutture e l'impatto sull'economia dei territori in cui queste strutture si trovano.

Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses

Thomson S, Foubister T, Mossialos E
European Observatory on Health Systems and Policies - Studies Series No 17, 2009
<http://www.euro.who.int/document/e92469.pdf>

Il volume si occupa del finanziamento dei sistemi sanitari dell'Unione Europea, illustrando il problema della sostenibilità, dell'adeguatezza delle attuali scelte finanziarie, delle recenti riforme finanziarie e proponendo alcune raccomandazioni per migliorare la situazione. La sostenibilità dei sistemi sanitari viene considerata da un punto di vista economico e finanziario. Il primo fa riferimento alla spesa sanitaria rispetto al prodotto interno lordo: la spesa per la salute viene considerata sostenibile fino al punto in cui i costi sociali delle spese sanitarie non eccedono il valore prodotto da quella stessa spesa. La sostenibilità fiscale, invece, è legata direttamente alla spesa pubblica per le cure. Un sistema sanitario può quindi essere sostenibile economicamente, ma non esserlo fiscalmente se le entrate pubbliche sono insufficienti a sostenere le uscite. Quando questo si verifica, gli autori propongono tre soluzioni: aumentare le entrate fino alla soglia necessaria a sostenere le spese; abbassare le spese o aumentare le capacità del sistema per convertire le risorse in valore. Gli autori non condividono l'idea diffusa secondo cui in futuro per coprire le spese sanitarie sarà necessario fare appello alle compagnie private di assicurazione. I finanziamenti privati minacciano infatti la validità dei sistemi sanitari e sono di valore inferiore rispetto ai sistemi finanziati pubblicamente. La soluzione proposta nel rapporto, dunque, sta nella centralizzazione dei sistemi di raccolta dei fondi. Si tratterebbe di un passo avanti importante per assicurare l'equità dei servizi in grado di abbassare alcuni costi. Malgrado non privo di criticità, il sistema di finanziamento pubblico esce vincente da questo rapporto. Le raccomandazioni elaborate sono legate all'intensificazione del dialogo tra *policymaker* e cittadini, alla capacità di rafforzare la raccolta dei fondi per garantire entrate sufficienti, alla creazione di un fondo nazionale per facilitare una gestione strategica e un maggiore coordinamento dei sistemi, all'incoraggiamento dell'allocazione strategica delle risorse per garantire una corrispondenza tra bisogni e risorse e favorire l'efficienza amministrativa, riducendo la sovrapposizione di incarichi e obiettivi.

Verso la definizione dei Lep nel Comune di Mantova

Bucci D, Fantozzi R

Associazione Nuovo Welfare, Roma-Mantova, 2009

La prima formulazione dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) risale alla fine degli anni Settanta, con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. La legge 833/1978 prevedeva, infatti, che lo Stato, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale, fissasse i livelli delle prestazioni sanitarie da garantire a tutti i cittadini. Dopo molte altre previsioni normative, si è giunti alla riforma del Titolo V della Costituzione, dove il riferimento ai Lep viene costituzionalizzato in virtù dell'attuale formulazione dell'art. 117, che attribuisce allo Stato la competenza legislativa esclusiva in questa materia.

Il presente lavoro è stato articolato in due aree: nella prima sono state affrontate le questioni teoriche e metodologiche connesse alla definizione dei Lep. Nella seconda, l'attenzione si è concentrata sul sistema sociale del Comune di Mantova, sia in riferimento agli andamenti sociodemografici e alla domanda di servizi, sia in termini di prestazioni erogate e spesa sostenuta. Il contributo offerto nella seconda area di indagine è avvenuto attraverso diverse azioni: un censimento dei servizi attivi e degli enti gestori sul territorio; un'analisi dello scenario sociodemografico locale; un approfondimento sugli andamenti della spesa sociale comunale, del costo medio per utente delle prestazioni concernenti i livelli essenziali di assistenza sociale, della spesa pro capite, del grado di copertura dei servizi. Una criticità comunemente riscontrata dalle indagini sui sistemi informativi regionali è quella relativa a uno sbilanciamento di attenzione verso l'offerta di servizi, piuttosto che verso i bisogni della popolazione. Tale bagaglio informativo costituisce una base di partenza per iniziare a ragionare sulla definizione dei diritti sociali e delle prestazioni atte a garantirli. Gli autori propongono infine alcune interessanti riflessioni relative alla crescita della spesa comunale destinata ai trasferimenti ai cittadini, alla riduzione degli anziani in carico ai servizi sociali, alla distribuzione della spesa domiciliare tra servizi e buoni sociali a vantaggio di questi ultimi e alla quota crescente di spesa pubblica destinata ad enti ed associazioni del territorio.

Decentramento fiscale, riorganizzazione interna ed integrazione sociosanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali

Bosi P, Dirindin N, Turati G (a cura di)

Vita e Pensiero, Milano, 2009

Il presente volume raccoglie i contributi sviluppati in una ricerca realizzata dall'Università di Mo-

dena e Reggio-Emilia e da quella di Torino, dove si sono evidenziate similitudini e differenze fra i diversi sistemi sanitari regionali attraverso una analisi sistematica delle informazioni disponibili. In particolare, la spesa sanitaria complessiva è stata indagata lungo tre dimensioni: quella del finanziamento, pubblico o privato, quella dei servizi offerti e quella dei produttori di servizi. Il lavoro approfondisce alcune delle sfide aperte per i sistemi sanitari regionali in Italia, fra cui il decentramento fiscale, la riorganizzazione interna e l'integrazione con le politiche assistenziali. Il problema del finanziamento della sanità pubblica è valutato alla luce dei mutamenti del contesto normativo e del quadro della finanza regionale. La riflessione sulla riorganizzazione interna parte dal ruolo dei Piani sanitari regionali, lo strumento cardine per l'impostazione delle politiche regionali, per poi focalizzarsi sulla ristrutturazione della spesa ospedaliera e sull'equità nel consumo di servizi sanitari. L'ultima parte è dedicata infine all'integrazione sociosanitaria. L'analisi ha evidenziato alcuni problemi aperti. Non sono infatti chiare le determinanti della spesa sanitaria e le interazioni tra spesa pubblica e privata; così che diventa difficile definire politiche efficaci per il controllo della stessa. Anche per quanto riguarda le determinanti della salute, la letteratura ha individuato semplici correlazioni, più che veri e propri legami causali. Ciò che emerge con chiarezza è il legame positivo tra condizione socio-economica e salute. Un terzo problema aperto è il finanziamento della sanità pubblica: occorre interrogarsi sul significato in termini finanziari da attribuire ai Livelli essenziali di assistenza, nonché sulla strategia da adottare per finanziare quel che viene escluso da essi. Infine, un quarto problema è la riorganizzazione della rete ospedaliera e lo sviluppo dei servizi di assistenza territoriale. Si tratta di un passaggio epocale, legato ai mutamenti sociali che ampliano il bisogno di assistenza continuativa e impongono di ripensare l'ospedale per la cura dei soli eventi acuti.

La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la 'scatola nera' delle differenze regionali.

Il modello SaniRegio

Pammolli F, Papa G, Salerno NC

Quaderni CERM, n. 2, 2009

Questo lavoro presenta un modello per l'analisi della spesa sanitaria pubblica nelle regioni italiane, evidenziando quanta parte di questa spesa possa trovare giustificazione nelle caratteristiche demografiche, economiche e sociali e nella dotazione di capitale fisico e umano e, dall'altro, nel livello qualitativo delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini.

Per gli ultimi 10 anni, viene analizzata la relazione media che lega la spesa sanitaria pubblica pro capite corrente delle regioni ad alcune tra le più importanti variabili esplicative. La spesa pro capite effettiva viene poi confrontata con quella ipotizzabile se l'impatto delle variabili esplicative sulla spesa fosse stato quello mediamente rilevabile nel complesso di tutte le regioni. Considerando la spesa standardizzata, alcune regioni con spesa effettiva inferiore alla media italiana dovrebbero, in realtà, collocarsi a livelli ancora più bassi. Questo è vero per quasi tutte le regioni del Sud e Isole. Per il Lazio, che ha una spesa effettiva superiore alla media italiana, la standardizzazione conferma che la sovraspesa è ingiustificata. Anche due regioni del Nord, il Trentino-Alto Adige e la Liguria, fanno registrare scostamenti significativi dallo standard. Nel complesso emerge il 'classico' dualismo italiano: da un lato, il Centro-Nord con scostamenti dallo standard relativamente contenuti e, dall'altro, il Sud e Isole, con scostamenti tra le 5 e le 10 volte rispetto allo scostamento medio del Centro-Nord. Quando si include la qualità nell'analisi, il divario tra spesa effettiva e spesa standardizzata potrebbe o ampliarsi (nonostante la sovraspesa, la regione non offre qualità), oppure riasorbirsi (la sovraspesa è spiegata da una maggiore qualità delle prestazioni sanitarie regionali). L'analisi evidenzia che 9 regioni dovrebbero adoperarsi per una riduzione a doppia cifra della spesa pro capite. Nella quasi totalità dei casi, si tratta di regioni del Mezzogiorno, tranne il Lazio, il Trentino-Alto Adige e la Liguria. Nel complesso, si conferma il quadro di un paese spaccato in due, con le regioni del Centro-Nord attestata su livelli di efficienza e di qualità della spesa che appaiono significativamente più elevati rispetto alle regioni del Mezzogiorno. L'analisi evidenzia un elemento di rilievo: le regioni che più sono lontane dalla frontiera efficiente sono anche quelle che erogano prestazioni di qualità inferiore. Sovraspesa e bassa qualità vanno di pari passo, due facce della stessa medaglia. Questi risultati vanno letti anche sul piano macroeconomico, in termini di spesa sanitaria pubblica aggregata e di sua incidenza sul Pil. Se tutte le regioni fossero posizionate sulla frontiera di spesa efficiente, si sarebbero risparmiate risorse pari a 1,5 punti percentuali di Pil.

Facts and figures on long-term care

Huber M, Rodrigues R, Hoffmann F et al
Europe and North America European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009
<http://www.euro.centre.org/>

Ancor prima dell'attuale crisi economica, vi erano già preoccupazioni sulla sostenibilità fiscale e so-

ciale dell'assistenza per le persone anziane non autosufficienti. Il presente lavoro, parte di una serie di contributi biennali sul tema, si pone l'obiettivo di fare luce su questo fenomeno, mettendo insieme informazioni di fonti internazionali e nazionali. Vengono coperti aspetti di tipo demografico, sulla salute e condizioni di vita, l'assistenza anche quella informale e la spesa pubblica e privata. Accanto agli aspetti quantitativi, vengono anche presentati aspetti qualitativi sulle politiche adottate in questo tipo di assistenza, come ad esempio il problema del rapporto fra le politiche del lavoro e i benefici salariali. Alcuni dei punti emersi dall'analisi riguardano: a) la predominanza femminile nell'assistenza informale; b) che la maggior parte degli anziani ricevono cure al loro domicilio; c) i rapporti fra le tipologie di assistenza, la disponibilità di assistenza informale e quella nelle strutture; d) la suddivisione della spesa pubblica fra l'assistenza domiciliare e quella non domiciliare.

Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle regioni italiane. Progetto di ricerca corrente

Regioni Campania, Marche, Emilia-Romagna, Sicilia, Veneto, Toscana e FIMMG Roma, *Agenas, Roma, 2009*

Il presente lavoro rappresenta un interessante contributo sull'assistenza primaria e resoconta le attività del progetto coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali finalizzato ad analizzare i modelli innovativi di assistenza primaria nelle regioni italiane, realizzato nel 2008 con il coinvolgimento delle Regioni Campania, Marche, Emilia-Romagna, Sicilia, Toscana, Veneto e con una rappresentanza della FIMMG. Questi modelli risultano di particolare rilievo in questa fase di cambiamento dell'assetto del sistema sanitario, caratterizzato dallo spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio e alla prevenzione. La ricerca fornisce molti spunti di riflessione, partendo anche dalle due esperienze internazionali di riferimento, il Chronic care model e l'esperienza Kaiser Permanente. Il lavoro presenta successivamente una rassegna delle principali forme associative e di assistenza (équipe territoriali, unità territoriali di assistenza primaria, nuclei di cure primarie, case della salute, ospedali di comunità, etc), oltre ad alcuni modelli attivati dalle regioni e dalle aziende sanitarie. Per questi modelli associativi si sono evidenziate le caratteristiche essenziali e condivise, anche se sono molti gli aspetti che possono essere declinati diversamente in sede regionale e aziendale. Anche in questo ambito si assiste ad un interessante cambiamento, pur limitato ad alcune regioni che hanno investito già da anni su un

proprio modello di riferimento, che è rappresentato dal passaggio dalla fase della sperimentazione alla diffusione e al consolidamento di modelli regionali di associazionismo. Va rilevato che si tratta sempre di modelli flessibili, adattabili in sede locale e talora anche non unici. Il confronto ha permesso di evidenziare gli elementi comuni e anche le criticità delle esperienze regionali, richiedendo un approfondimento sul ruolo del distretto rispetto allo sviluppo dell'assistenza primaria, e consentendo di identificare alcune proposte.

Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: key challenges and recommendations

Weatherly H, Drummond M, Claxton K et al
Health Policy, 2009: 85-92

Le metodologie per svolgere le valutazioni economiche in ambito clinico sono ben codificate, mentre esistono ancora possibili evoluzioni in ambito di sanità pubblica. Al fine di identificare le aree di sviluppo e suggerire soluzioni sono state indagate cinque revisioni che si sono occupate di sanità pubblica su temi quali alcolismo, dipendenze, obesità e attività fisica. Esse hanno portato a identificare quattro aree chiave. Fra queste vi è la valutazione degli esiti di lungo periodo, che negli studi clinici sono stimati attraverso i QALYs; in sanità pubblica è necessario tuttavia stimare anche altri esiti, inclusi quelli su altri individui non considerati nei programmi in esame e anche esiti non sanitari come l'educazione. Un'altra area riguarda la valutazione dei costi e dei benefici che in sanità pubblica sono molto più ampi che in ambito clinico e sono diretti alle comunità piuttosto che a specifiche popolazioni di pazienti. Inoltre dovrebbe essere considerato un approccio intersettoriale per la loro identificazione e la considerazione degli aspetti legati all'equità degli interventi, aspetto poco considerato nelle valutazioni economiche tradizionali. In genere, il punto di vista del lavoro e la definizione dei costi dipende dal finanziatore dello studio: difficilmente ad esempio i costi legati alla giustizia sono considerati quando il finanziatore è il servizio sanitario nazionale. Le problematiche messe in luce nel presente lavoro vengono poco considerate nelle valutazioni economiche esistenti in sanità pubblica e questo ne limita fortemente la loro utilità. Le proposte elaborate dagli autori rappresentano un utile materiale per future analisi e applicazioni.

Promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Alimentazione e attività motoria.

Un percorso di progettazione partecipata

Dettoni L, Suglia A

Regione Piemonte, Torino, 2009

Tra gli impegni futuri che la sanità pubblica e il servizio sanitario assumeranno vi sono l'attuazione e lo sviluppo di processi innovativi sul versante della tutela della salute della popolazione, al fine di favorire la crescita di un ruolo attivo dei singoli cittadini e della comunità, anche nei confronti dell'ambiente di lavoro. Tale contesto nell'esperienza internazionale si è rivelato particolarmente favorevole a interventi di promozione della salute finalizzati non solo a eliminare/controlare i rischi lavorativi ma anche, più in generale, a migliorare gli stili e le condizioni di vita dei lavoratori. La Regione Piemonte, che segue con interesse il Workplace Health Promotion, ha inserito questo approccio nelle sue politiche di prevenzione e promozione della salute. Il presente documento riporta l'esperienza di un gruppo di lavoro multidisciplinare e interprofessionale con il compito di progettare interventi e azioni finalizzate alla promozione della salute nei luoghi di lavoro, che aveva l'obiettivo di incoraggiare i datori di lavoro a offrire nelle mense aziendali scelte alimentari salutari, limitando l'offerta di bevande alcoliche, e facilitare la pratica di un'attività fisica regolare da parte dei dipendenti. In una prima fase il percorso di lavoro e progettazione del gruppo multidisciplinare si è incentrato sul confronto tra le diverse esperienze vissute dai suoi componenti. È stato fondamentale ricercare un'integrazione delle competenze e delle conoscenze dei componenti e la costruzione di un linguaggio comune e condiviso. Il lavoro si è svolto in due parti. La prima ha visto la raccolta della documentazione esistente in materia, inserita nell'Area Focus Obesità del sito DoRS, e sulla progettazione di iniziative di sensibilizzazione rivolte a una serie di interlocutori privilegiati. Contemporaneamente è stato realizzato un Laboratorio di progettazione partecipata che ha cercato di discutere i principali modelli di promozione della salute in ambiente di lavoro; acquisire le competenze necessarie alla progettazione, conduzione e valutazione di interventi di WHP nella propria realtà lavorativa; e acquisire le capacità di utilizzare in modo appropriato alla situazione le principali tecniche di comunicazione individuale e di gruppo.

*A cura di Massimo Brunetti
Azienda Usl Modena*