

IBM Global Business Services



*IBM Institute for Business Value*

Sanità

# La sanità e l'assistenza sanitaria nel 2015

Evoluzione dei modelli  
di erogazione  
dei servizi sanitari



## **IBM Institute for Business Value**

Tramite IBM Institute for Business Value, IBM Global Business Services sviluppa analisi strategiche basate sui fatti, relative a questioni cruciali del settore pubblico e privato. Questa è una sintesi ad alto livello di uno studio condotto dal team di ricerca dell'istituto. Fa parte del continuo impegno di IBM Global Business Services, volto a fornire analisi e punti di vista a sostegno delle aziende nel conseguimento dei loro risultati di business. Per ulteriori informazioni è possibile contattare gli autori o inviare un'e-mail all'indirizzo [iibv@us.ibm.com](mailto:iibv@us.ibm.com).



# La sanità e l'assistenza sanitaria nel 2015

## Evoluzione dei modelli di erogazione dei servizi sanitari

Autori: Jim Adams, Dr. Richard Bakalar, Michael Boroch, Karen Knecht, Edgar L. Mounib e Neil Stuart

*Gli operatori sanitari possono lavorare in collaborazione fra di loro per raggiungere nuovi traguardi nella definizione, misurazione ed erogazione del valore dei loro servizi, responsabilizzando i cittadini e sviluppando nuovi modelli per la promozione della salute e la fornitura dell'assistenza, anche in presenza di crescenti limitazioni per quanto riguarda le risorse disponibili. La questione è oggi più importante che mai in quanto il percorso del sistema sanitario di molti paesi diventa sempre più insostenibile. Prevediamo che si arriverà così a una varietà di decisioni strategiche che influiranno sui modelli di erogazione dei servizi. Queste decisioni potrebbero avere un impatto sulla direzione, le risorse umane, i modelli di business, le strutture organizzative, le competenze, i processi e le tecnologie delle istituzioni sanitarie.*

Molti paesi stanno lottando contro l'aumento dei costi in sanità, una qualità dei servizi non in linea con le aspettative e crescenti tempi di attesa. Questi problemi non sono di facile soluzione e molti ritengono che l'unica via sia una trasformazione radicale della sanità.<sup>1</sup>

Nei paesi sviluppati, ad esempio, la spesa sanitaria sta crescendo ad un ritmo doppio della crescita economica.<sup>2</sup> Questo fenomeno, in parte, costringe alcuni governi a ridurre la copertura per determinati servizi e a reindirizzare la spesa su altri programmi, quali ad esempio la formazione. E, sebbene molti cittadini<sup>3</sup> residenti nei paesi sviluppati beneficino di un reddito disponibile più elevato che consente loro di accedere a un'assistenza di qualità migliore, per la stragrande maggioranza è sempre più

difficile potersi avvalere di cure professionali man mano che aumentano i costi delle cure mediche.<sup>4</sup>

Nel frattempo, la qualità dell'assistenza sanitaria non è sempre in linea con le aspettative. Sono state segnalate alte percentuali di errori ospedalieri evitabili in Australia, Canada, Danimarca, Francia, Nuova Zelanda, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti, tanto per citare alcune nazioni. I tassi di errore variano dal 2,9<sup>5</sup> al 45,8%<sup>6</sup> per i pazienti ricoverati (media ponderata = 8,4%),<sup>7</sup> dei quali, fra il 27,6<sup>8</sup> e il 51,2%<sup>9</sup> potevano essere evitati. Nel Regno Unito, gli eventi avversi incidono per circa 3 miliardi di Euro (4 miliardi di dollari USA) all'anno soltanto per quanto riguarda i ricoveri e le cause legali rappresentano un altro costo considerevole.<sup>10</sup>

Infine, man mano che aumentano i costi e la domanda, l'accesso all'assistenza diviene sempre più problematico. Molti sistemi sanitari sperimentano un rapporto domanda/capacità che impone lunghi tempi di attesa per l'accesso ai servizi. In risposta, alcuni governi, come quello danese e inglese, stanno cercando di intervenire per ridurli. Un altro problema di accesso alle cure consiste nel servire la popolazione non assicurata in paesi in cui il sistema sanitario è predominantemente privato, come ad esempio negli Stati Uniti, in cui questa fascia è composta da 47 milioni di persone, ovvero il 15,8% della popolazione totale.<sup>11</sup>

Queste sfide sono esacerbate da eventi che minacciano lo *status quo*: globalizzazione, consumismo, cambiamento dello stile di vita e della composizione della popolazione, malattie più costose da curare (ad esempio, l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche) e proliferazione delle tecnologie e dei trattamenti medicali. Altre forze inibitrici sono i vincoli finanziari, il cambiamento delle aspettative dei cittadini, gli incentivi incongrui, l'ottica a breve termine e l'assenza di sistemi informativi avanzati. Per contrastare queste forze sono necessarie risposte sistemiche collaborative e proattive.

Chiaramente, gli operatori sanitari non possono affrontare da soli questi problemi, sebbene siano in grado di risolverne alcuni in maniera indipendente. La risoluzione degli altri richiede uno sforzo di collaborazione proattivo e congiunto da parte di tutti gli "stakeholder" della sanità: operatori sanitari, governi, pazienti, etc.

Presupporre che nei prossimi decenni i sistemi sanitari riescano a compiere trasformazioni soddisfacenti per tutti sembra poco realistico. In alcuni paesi i problemi sono troppo grandi e complessi per poter trovare una soluzione completa, in altri,

i programmi sociali improntati al cambiamento incontrano un'enorme resistenza. Si prevedono i seguenti cambiamenti a breve termine, che influiranno sulle condizioni in cui agiscono gli "stakeholder" della sanità:

- *Approcci incrementali, in fasi, al cambiamento della sanità.* Un approccio in fasi, per essere di successo deve essere multisfaccettato per raggiungere la massa critica necessaria a superare le barriere strutturali; ad esempio enfatizzare la prevenzione unitamente a decisioni razionali in materia di copertura e incentivi allineati per i principali "stakeholder" della sanità.
- *Strenua ricerca di un equilibrio sostenibile nella spesa sanitaria sia per il settore pubblico che privato.* Quasi tutti i paesi punteranno sulla copertura universale, limitata da compromessi realistici e limitazioni a livello di finanziamenti.
- *Una parte crescente della responsabilità finanziaria legata alla sanità verrà trasferita ai cittadini.* La sanità verrà gestita in modo sempre più allineato al benessere fisico e di concerto con esso.
- *L'emergere di nuovi concorrenti di tipo non tradizionale, sia a livello locale che globale, nel settore dell'assistenza sanitaria, così da soddisfare le esigenze in evoluzione degli "stakeholder" della sanità.*
- *La proliferazione di modelli di erogazione di servizi, in parte guidata dall'evoluzione delle esigenze, unitamente a nuovi approcci terapeutici e nuove tecnologie.*

Data la crescente insostenibilità in molti paesi, gli istituti sanitari devono ora iniziare a prendere una serie di decisioni strategiche che influiscono sui modelli di erogazione dei servizi e delle competenze che vi stanno dietro.

# La sanità e l'assistenza sanitaria nel 2015

## Evoluzione dei modelli di erogazione dei servizi sanitari

### Dietro l'esigenza di cambiamento: sfide e vincoli

I sistemi sanitari devono risolvere le cause principali dei loro problemi, ovvero costi in rialzo, qualità discontinua o scarsa e impossibilità di ottenere assistenza in tempi accettabili, oltre che fronteggiare la globalizzazione, il consumismo, l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento dello stile di vita, malattie più costose da curare (quali ad esempio l'aumento delle patologie croniche) e la proliferazione di tecnologie e trattamenti medici.

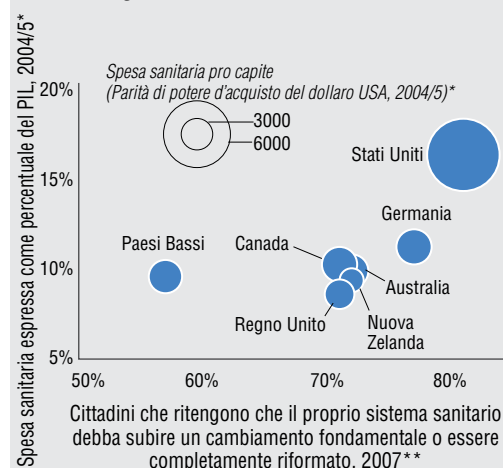
#### Informazioni su questo studio

Il presente studio è un'estensione di "Healthcare 2015: Win-win or lose-lose?", che descrive in dettaglio il quadro della trasformazione del sistema sanitario.<sup>12</sup> Poiché "paganti" (governi, assicurazioni, cittadini, etc.) e operatori sanitari devono collaborare per affrontare molte delle sfide imposte dal settore sanità, tale studio è inoltre collegato e coerente con un altro studio sui paganti.<sup>13</sup>

In questo documento si indaga su come gli operatori sanitari, ovvero le organizzazioni che erogano servizi assistenziali (aziende sanitarie, cliniche, ospedali, etc.) e i singoli clinici (medici, infermieri, assistenti sanitari, etc.) possono fornire un servizio migliore a cittadini e pazienti con le opportunità e i vincoli dei sistemi sanitari in evoluzione. Viene preso in esame come si evolveranno i principali fattori esterni e come questi influiranno sugli operatori. I risultati dello studio portano all'identificazione dei principali modelli di servizio e delle cinque competenze critiche di cui necessitano gli operatori per implementarli.

La necessità del cambiamento non consente di mettere in atto soluzioni semplici, come dimostrato dai livelli di insoddisfazione dei cittadini (vedere la Figura 1). Alcuni osservatori hanno ad esempio affermato che per risolvere il problema occorrono più denaro e capacità, ma la spesa sanitaria di sette fra i paesi presi in esame nella Figura 1 è fra le più alte del mondo. Altri sostengono che la risposta sia da ricercare nei modelli di finanziamento ed erogazione dei servizi dei sistemi sanitari, ovvero nella dicotomia tra pubblico e privato. Questi paesi tuttavia sperimentano problemi simili pur avendo adottato modelli di finanziamento ed erogazione dei servizi sanitari diversi.

FIGURA 1.  
Livello di soddisfazione dei cittadini e spesa sanitaria globale.



Nota: conteggi della parità del potere d'acquisto del dollaro rispetto alle diverse valute.

Fonte: \*OECD, "OECD Health Data" (2007); \*\*Commonwealth Fund, "2007 Commonwealth Fund International Health Policy Survey" (2007).

Le forze sopra descritte influiscono sugli operatori sanitari in quattro aree:

- Maggiore attenzione al valore da parte dell'intero settore, istituzioni sanitarie comprese
- Maggiore necessità di responsabilizzare i cittadini
- Nuovi approcci per promuovere la salute e l'erogazione dell'assistenza
- Nuove sfide in fatto di risorse.

### **Ridefinire il valore: dalla cura dei malati alla prevenzione**

Per trasformare la sanità è necessario trasformare parallelamente la percezione del valore fornito dagli operatori sanitari. In molti paesi, il loro compito fondamentale è diagnosticare le malattie e curare i malati. Nonostante ciò sia ovviamente apprezzabile e necessario, un sistema sanitario reattivo, che non interviene finché il paziente non si ammala, si trova a sostenere i costi, sempre più proibitivi, della cura delle malattie.

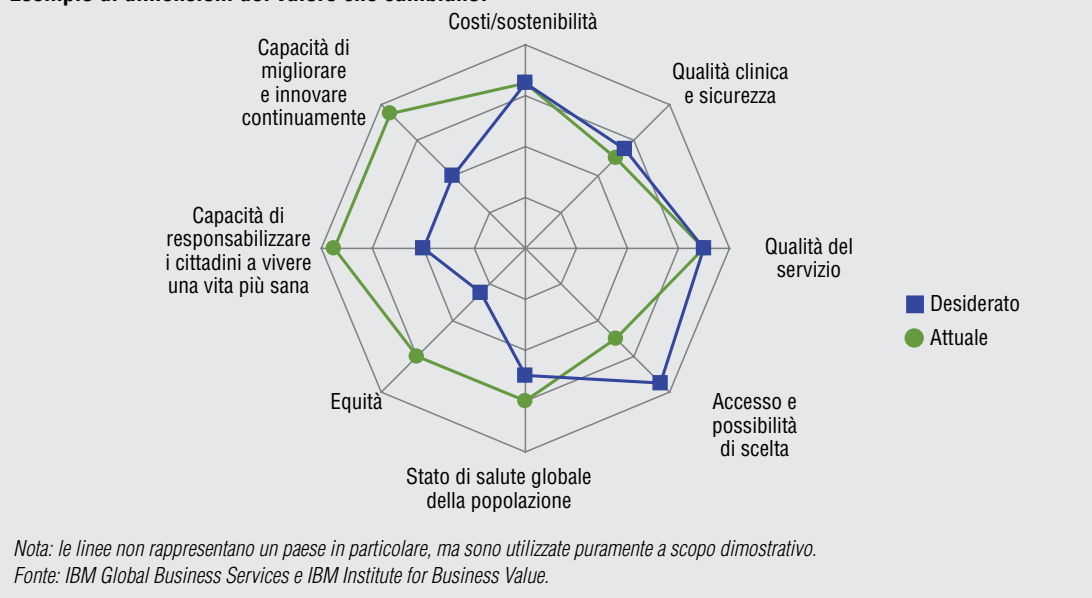
I danni alla salute e funzionali comportati da molte malattie, soprattutto allo stadio più avanzato, sono inoltre irreversibili. In presenza di patologie croniche, ad esempio, il ritorno allo

stato di salute precedente la malattia non è quasi mai ottenibile, nonostante le risorse impiegate.

La cura dei malati è una forma di assistenza molto costosa. Si considerino ad esempio condizioni croniche, quali le patologie coronariche, il diabete di tipo 2 e il cancro, che complessivamente generano circa la metà della spesa sanitaria sostenuta a livello mondiale.<sup>14</sup> Un sistema sanitario reattivo, che si prende cura dei pazienti soprattutto dopo l'insorgenza della malattia, incorre in costi astronomici, mentre un sistema concentrato su strategie assistenziali proattive, quali la prevenzione personalizzata, la previsione, la diagnosi/terapia precoce e la gestione delle patologie, può contribuire a creare e mantenere più sana la popolazione, potenzialmente a un costo minore.

Le componenti del valore nell'erogazione dei servizi sanitari sono molteplici ("dimensioni del valore"), ciascuna delle quali deve trovare un equilibrio rispetto alle altre e va considerata quando si prendono decisioni sistemiche (vedere l'esempio illustrato nella Figura 2). In altri settori dell'economia, il valore è di norma rappresentato da una combinazione di fattori, ovvero costi, qualità dei prodotti e servizi. Per il sistema sanitario vi sono, oltre ai costi, anche

**FIGURA 2.**  
**Esempio di dimensioni del valore che cambiano.**



**Gli errori diagnostici ammontano al 15% e i casi considerati semplici e di routine dai medici spesso finiscono per essere diagnosticati erroneamente.**

– Berner, Eta S. and Mark L. Graber.

*"Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine",*

*American Journal of Medicine,*

*Vol. 121, 2008.*

dimensioni del valore quali la sostenibilità della spesa, la qualità e la sicurezza cliniche, la qualità dei servizi, la possibilità di accedervi in tempi ragionevoli e la facoltà di scelta.

In futuro si aggiungeranno probabilmente altre dimensioni essenziali: la capacità di migliorare e innovare continuamente, poiché sia le necessità che le capacità continueranno ad evolversi; informare i cittadini affinché conducano una vita più sana e garantire l'equità nell'uso di risorse sanitarie limitate. E, infine, il valore principale di un sistema sanitario è la capacità di mantenere e migliorare lo stato di salute globale di un paese, un fattore che sostiene la produttività individuale e collettiva, nonché la vitalità economica.

Ogni dimensione del valore deve essere correttamente definita o ridefinita, e misurata. La qualità dell'assistenza, ad esempio, è stata definita come "il livello al quale i servizi sanitari a disposizione dei singoli e della popolazione aumentano la probabilità di ottenere gli esiti desiderati, nonché il livello di coerenza con le conoscenze professionali al momento disponibili."<sup>15</sup> Attualmente, la valutazione della qualità dell'assistenza è in genere focalizzata sui risultati di trattamenti ed approcci episodici, come nella medicina basata sull'evidenza, impiegata per ottenere tali risultati. Questi aspetti della qualità sono importanti, ma spesso sono volti esclusivamente alla cura delle malattie.

In un sistema sanitario basato sul valore vi sono altri possibili aspetti di un'assistenza di qualità: attenzione alla previsione, alla prevenzione e alla diagnosi/intervento precoce, correttezza e puntualità della diagnosi, capacità di informare i pazienti su come gestire le proprie condizioni e la propria salute, comunicazione efficace per aumentare nei pazienti la comprensione e il rispetto delle prescrizioni, risposta

alle preferenze e ai valori del paziente, ove applicabile, e capacità di coordinare l'assistenza nel territorio e nel tempo.

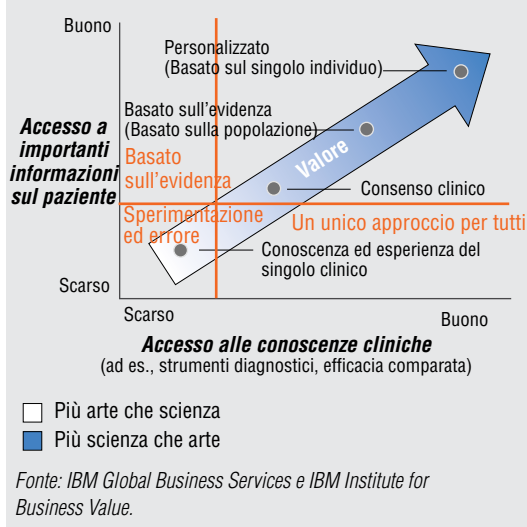
Per i potenziali diabetici, ad esempio, si dovrebbe concentrare l'attenzione sulla prevenzione della malattia. Per chi è già diabetico, l'obiettivo dovrà essere la gestione della patologia in collaborazione con il paziente, al fine di prevenirne il progredire e, se possibile, annullarne gli effetti. Quando prevale lo schema mentale della cura della malattia, per i pazienti in condizioni gravi purtroppo si finisce per ricorrere a un'amputazione degli arti inferiori o a un trapianto di reni.

In un sistema sanitario basato sul valore, è necessario sapere quali soluzioni sono efficaci e applicare la conoscenza con coerenza e in modo appropriato. Oggi, troppo spesso i sanitari non hanno accesso a dati clinici rilevanti e alle informazioni sul paziente. Ne consegue che, in casi simili, devono affidarsi quasi esclusivamente alla propria esperienza. Questo approccio è stato definito medicina "basata sull'esperienza" o della "sperimentazione e dell'errore". Ma ormai non è più sufficiente.

Oggi abbiamo la necessità e la possibilità, grazie alle tecnologie informatiche, di accedere a importanti informazioni sui pazienti, oltre che al bagaglio sempre crescente di conoscenze cliniche. Con queste informazioni a disposizione, aumenta la capacità di diagnosticare correttamente patologie sempre più complesse, nonché di curarle. Maggiori sono le informazioni sul paziente e sulla terapia adatta alla sua patologia, più è facile personalizzare la cura e la promozione della salute in base all'evidenza, aumentando così notevolmente le probabilità che gli effetti siano sicuri ed efficaci, anziché inefficaci o addirittura dannosi (vedere la Figura 3).

Man mano che le istituzioni sanitarie migliorano la propria capacità di acquisire e gestire i dati, possono giocare un ruolo chiave nello sfruttare tali dati in situazioni reali, per capire quali formule di promozione della salute e di erogazione dei servizi effettivamente forniscono valore.

FIGURA 3.  
Per aumentare il valore è necessario migliorare l'informazione.



In sintesi, man mano che i sistemi sanitari si concentrano sul valore, le istituzioni sanitarie e i clinici devono collaborare con i governi e gli altri paganti per definire correttamente e misurare il valore dei servizi forniti, oltre che per allineare gli incentivi, mantenendo nel contempo una struttura di costi sostenibile. Attualmente molti paesi assegnano alla ricerca di soluzioni efficaci una frazione sproporzionatamente ridotta della loro spesa sanitaria. Negli Stati Uniti, ad esempio, viene destinato a questa finalità meno dello 0,1% (1 dollaro su 1000) della spesa sanitaria totale.<sup>16</sup> Man mano che le istituzioni migliorano la propria capacità di acquisire e gestire i dati, possono giocare un ruolo chiave nello sviluppo di questa conoscenza in situazioni reali, favorendo in tal modo la conoscenza di formule di promozione della salute e di erogazione dei servizi che effettivamente forniscono valore.

### **Responsabilizzazione dei cittadini: dal "curatemi" alla gestione della propria salute**

Molti cittadini, in alcuni paesi la maggior parte, rimangono all'oscuro degli inevitabili costi sanitari derivanti dal proprio stile di vita e dalle proprie scelte in fatto di salute, oltre

ad esserne finanziariamente protetti. Molti paesi inoltre hanno impiegato molto tempo per costruirsi un sistema sanitario in grado di garantire che i cittadini meno abbienti abbiano accesso ai servizi.

Una conseguenza non intenzionale è stata l'incoraggiamento di atteggiamenti e comportamenti che possono essere riassunti come segue: "Voglio vivere come mi pare, paghi qualcun altro per curarmi quando la mia salute è in crisi". Questi stessi paesi oggi sono alla ricerca di un equilibrio tra il promuovere la responsabilità individuale, l'uso delle risorse sanitarie e il mantenimento dell'equità.

L'affidarsi ciecamente all'assistenza sanitaria pubblica per compensare comportamenti individuali rispecchia una posizione sempre più insostenibile e irrealistica. Le popolazioni stanno invecchiando, in parte per effetto di un ambiente più sicuro e trattamenti medici migliori, ma la maggiore longevità crea un maggior bisogno di servizi sanitari, soprattutto in quanto le conseguenze della scelta di uno stile di vita non salutare emergono nel lungo termine. Contemporaneamente, l'aggravio finanziario del trattamento si sposta sui cittadini, mentre governi e datori di lavoro si adoperano per gestire l'aumento dei costi, sia attraverso l'incremento dei costi che la riduzione dei benefici. La responsabilizzazione dei cittadini deve divenire una parte importante della soluzione.

*"Le persone devono iniziare a prendersi cura attivamente della loro salute; pertanto la partecipazione e il coinvolgimento di cittadini e pazienti devono essere visti come valori chiave in tutte le attività legate alla sanità nella Comunità Europea".*

– Commissione delle Comunità Europee<sup>17</sup>



I cittadini devono scegliere uno stile di vita più sano in quanto queste scelte hanno grande influenza sullo stato di salute di una persona (Figura 4). Sappiamo, ad esempio, che circa l'80% delle patologie coronariche;<sup>18</sup> fino al 90% dei casi di diabete di tipo 2;<sup>19</sup> e tra il 30 e il 70% dei casi di cancro<sup>20</sup> avrebbero potuto essere prevenuti o significativamente ritardati tramite cambiamenti nello stile di vita, quali una dieta corretta, attività fisica adeguata e astensione dal fumo. I cittadini che presentano patologie croniche possono alleviare le loro condizioni compiendo scelte sane in fatto di stile di vita e partecipando adeguatamente al proprio regime di cura e alle decisioni assistenziali.

Quando possibile, i cittadini dovrebbero inoltre esercitare un ruolo più attivo nelle decisioni che riguardano la loro salute, per un'assistenza più personalizzata e di alto valore. In alcuni casi si tratta di decisioni che in precedenza venivano prese dai singoli, ma che sono oggi divenute più complesse a causa della proliferazione delle possibilità di cura; in altri casi le decisioni sono state lasciate agli operatori sanitari.

Trasformando il sistema, cittadini e operatori sanitari collaboreranno alla strutturazione dell'assistenza sanitaria. Nei casi in cui non esista una scelta terapeutica consolidata (ad esempio per la correzione della miopia),

i clinici possono comunicare i costi e fornire evidenze del rapporto rischio/beneficio delle diverse alternative (ad esempio, occhiali, lenti a contatto o intervento col laser) e i pazienti potranno prendere decisioni informate sulla base delle preferenze personali.

Infine i cittadini devono prevedere un aumento del proprio contributo finanziario per l'assistenza sanitaria, tuttavia sono in gran parte impreparati a questo riguardo. Negli Stati Uniti, metà delle insolvenze sono in parte dovute a spese mediche.<sup>21</sup> Il 24% degli indiani cade in povertà per problemi medici.<sup>22</sup> In Belgio, l'impegno economico dei membri di una compagnia di assicurazione sanitaria sta letteralmente "esplodendo" e i premi potrebbero aumentare anche del 200%.<sup>23</sup> In Brasile si prevede che la frazione del reddito familiare spesa per l'assistenza sanitaria sia destinata a salire dal 5,35% del 2003 al 14% entro il 2025.<sup>24</sup>

È evidente che i cittadini debbano iniziare a pensare alla propria salute sia fisica che finanziaria. Sebbene le istituzioni sanitarie non possano aiutarli a pianificare l'aggravio dei costi dell'assistenza, possono aspettarsi che divengano consumatori più informati sui servizi legati alla salute e accettino di pagarne almeno una parte.

**FIGURA 4.**  
**Molti cittadini avranno bisogno di aiuto per fare scelte più sagge e prendere decisioni finanziarie in materia di sanità.**



Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

Persuadere i cittadini a comportarsi diversamente o a districarsi agevolmente all'interno del sistema sanitario è un'impresa difficile. Molti, per quanto ben intenzionati, non saranno in grado da soli di assumere un atteggiamento attivo e responsabile.<sup>25</sup> Come illustrato nella Figura 4, potrebbero essere necessari informatori aventi accesso alle informazioni necessarie, che forniscano loro una buona consulenza attraverso vari canali, quali il telefono, Internet o anche di persona:

- Gli “informatori della salute” possono rivelarsi utili per sostenere le persone, ad esempio, nelle decisioni riguardanti lo stile di vita. Questi informatori potranno aiutare in modo proattivo i cittadini a identificare i rischi e a prevedere le conseguenze delle proprie scelte, oltre che a mettere in luce gli atteggiamenti e i comportamenti attorno ai quali ruota uno stile di vita sano. Forniranno loro inoltre la debita motivazione e saranno fautori del cambiamento, in quanto li aiuteranno ad adottare stili di vita sani o a ridurre al minimo l'impatto delle malattie per cui non esiste cura.
- “Gli informatori del valore” contribuiranno a sostenere i cittadini e a consigliarli mentre cercano di assumere un ruolo più attivo nelle decisioni sulle cure. Queste figure possono giocare un ruolo consulenziale importante, aiutando i cittadini a districarsi fra le varie decisioni che occorre prendere durante la loro interazione con il sistema sanitario, ad esempio se siano meglio test diagnostici o predittivi, a chi rivolgersi e le organizzazioni presso cui ricercare assistenza, oltre alle varie possibilità di trattamento. Nei sistemi in cui sono previsti benefici supplementari o privati, gli informatori del valore potranno aiutare i cittadini a ottimizzare la propria scelta di tali vantaggi per ciascun membro della famiglia.
- “Gli informatori finanziari” potranno aiutare i cittadini a colmare il divario fra le loro esigenze sanitarie e la capacità di provvedere autonomamente. Queste figure potranno suggerire proattivamente piani sanitari, finanziari e pensionistici e fornire consulenza in merito alle varie possibilità finanziarie e assicurative per l'assistenza sanitaria.

Perché i cittadini si responsabilizzino è necessario sviluppare la percezione di come i comportamenti e gli atteggiamenti sono cambiati, migliorare l'accesso dei cittadini alle informazioni e definire con chiarezza nuovi ruoli fra gli operatori sanitari e gli altri aventi interesse. Il modello degli “Stadi del Cambiamento” di James Prochaska è utile come approccio per aiutare a responsabilizzare i cittadini ad assumersi la responsabilità attraverso cambiamenti comportamentali.<sup>26</sup>

Nel suo modello, Prochaska prevede che i cambiamenti avvengano in sei fasi: precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento, idealmente seguite dall'interruzione delle cattive abitudini anziché dalla ricaduta. Per cambiare i comportamenti dei cittadini è necessario attraversare tutti gli stadi, con il supporto di varie entità, ad esempio famiglia e amici, gruppi di sostegno, team sanitari, informatori o datori di lavoro, a seconda dello stadio di cambiamento e dello schema mentale dell'individuo. I governi e i media possono, inoltre, tramite politiche e normative i primi, e la rappresentazione sia implicita che esplicita di norme socialmente accettabili i secondi, influire su comportamenti quali il fumo o la guida dopo avere consumato alcolici.

Cambiare il comportamento umano, anche temporaneamente, è molto difficile, e sostenere il cambiamento lo è ancora di più. È necessario definire con chiarezza ruoli e responsabilità tra le suddette entità, inclusi i team sanitari, per responsabilizzare i cittadini, in parte attraverso cambiamenti comportamentali, al fine di evitare vuoti o sovrapposizioni che possono creare confusione. Non tutti saranno disposti a cambiare, ma con ruoli e responsabilità ben definiti, uniti a una grande consapevolezza delle differenze interpersonali, vi saranno maggiori possibilità di favorire comportamenti migliori.

In sintesi, i cittadini possono giocare un ruolo importante nei sistemi sanitari incentrati sul valore, tramite scelte più corrette in materia di salute, la ricerca e l'ottenimento di assistenza personalizzata ad alto valore, quando

**Le istituzioni sanitarie rivestono un ruolo chiave nel responsabilizzare i cittadini e sempre più gli acquirenti di servizi legati alla sanità quali governi, datori di lavoro e individui si aspetteranno questo da loro.**

necessario, e un'adeguata pianificazione dei costi economici per l'assistenza sanitaria. Questi cambiamenti non saranno facili da implementare e potranno tradursi in varie modifiche comportamentali e attitudinali, quali il coinvolgimento nelle decisioni, l'impegno ad autocurarsi e il cambiamento dello stile di vita.

Le istituzioni sanitarie rivestono un ruolo chiave nel responsabilizzare i cittadini e sempre più i "Pagatori" dei servizi sanitari, quali governi, assicurazioni, datori di lavoro e individui si aspetteranno questo da loro. Fattore di uguale importanza, i cittadini responsabilizzati saranno consumatori dei servizi sanitari più informati e capaci di scegliere, che si aspettano costi bassi, alta qualità e facilità accesso.

### **Nuovi mezzi per promuovere la salute e l'erogazione dell'assistenza**

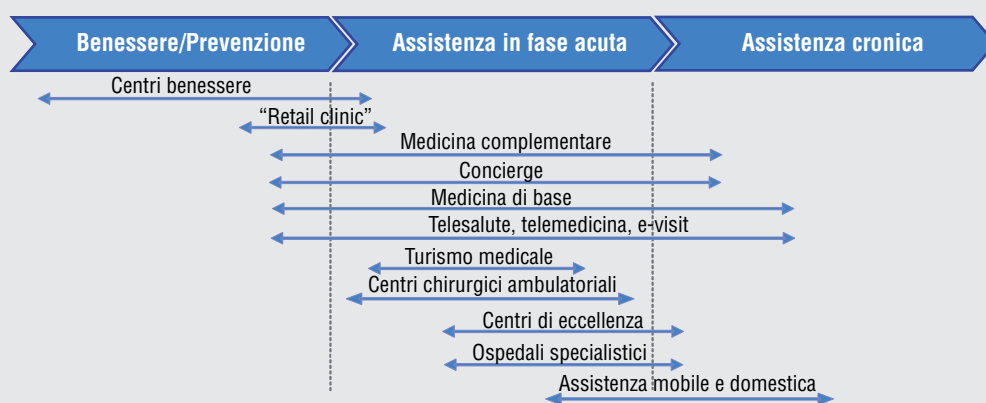
Mano a mano che i valori di base e i comportamenti dei cittadini all'interno dei sistemi sanitari cambieranno, in presenza di condizioni mediche più complesse e di possibilità diagnostiche e terapeutiche sempre più avanzate, gli operatori dovranno continuare a rispondere a questi cambiamenti con nuovi approcci per promuovere la salute ed erogare l'assistenza, oppure rischieranno

di rimanere indietro. Difatti questo processo di adattamento alla nuova domanda del mercato è in atto nell'universo dell'assistenza sanitaria.

Oggi vanno emergendo nuovi modelli di operatori sanitari che affrontano i problemi di costo, qualità e facilità di accesso in tutte le principali forme assistenziali (vedere la Figura 5). Molti di questi sono incentrati sull'assistenza in fase acuta, che continua a essere importante, ma non risolve il problema del valore nell'assistenza sanitaria. Sarà necessario coordinare e integrare molti di questi modelli, oltre che ampliarli introducendo servizi di prevenzione, per le malattie croniche o anche per i malati terminali.

In paesi come il Regno Unito e gli Stati Uniti, si assiste a una crescita delle "retail clinic", ovvero cliniche nate all'interno dei centri commerciali, che contribuiscono a soddisfare la domanda di un accesso facile all'assistenza per alcune condizioni e bisogni. Per l'assistenza in fase acuta, grazie ai centri chirurgici ambulatoriali, gli interventi si spostano all'esterno degli ospedali. Sia per le malattie in fase acuta che cronica si impiegano servizi di telemedicina e le cosiddette "e-visit" (visite elettroniche) per il monitoraggio e il consulto remoto con i pazienti.

FIGURA 5.  
**Esempi di modelli di business in evoluzione per gli operatori.**



Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

I cittadini richiedono sempre più un'integrazione fra medicina orientale e occidentale, e altre terapie alternative. Negli Stati Uniti, la spesa sostenuta per le medicine complementari e alternative ha superato i 27 miliardi di dollari nel 1997, una somma paragonabile a quella spesa per le visite mediche convenzionali.<sup>27</sup> In Australia, la spesa per le medicine alternative ha superato gli 1,8 miliardi di dollari australiani (1,3 miliardi di dollari USA) nel 2004. Nello stesso anno, infine, in Giappone ha raggiunto i 2.358,6 miliardi di Yen (20,3 miliardi di dollari USA), con un rialzo del 17% rispetto al 2002.<sup>28</sup> Si prevede che entro il 2013 questo mercato superi i 5000 miliardi di Yen (43,1 miliardi di dollari USA).<sup>29</sup>

Come altri settori, anche l'assistenza sanitaria va subendo la globalizzazione. Nei paesi sviluppati, il "turismo medico" o "sanità globale", ovvero i viaggi effettuati oltre i confini locali/regionali per ragioni mediche, si è spinto oltre le destinazioni tradizionali; si stima che abbia totalizzato circa 50 miliardi di dollari USA nel 2007.<sup>30</sup> Stanno emergendo almeno quattro segmenti di turismo medico: "alla ricerca del valore" (consumatori attivi, attenti al rapporto prezzo/qualità, cittadini che per curarsi cambiano regione o stato), "alla ricerca di qualità/esperienza" (consumatori attivi ma meno insensibili al prezzo), "viaggiatori per diletto/affari" (consumatori di servizi che variano da interventi estetici fino a checkup completi) e "indirizzati dai paganti" (pazienti mandati o incentivati da governi e assicurazioni).<sup>31</sup>

Quasi tutti questi modelli sono sovrastati dalla ricerca di un'assistenza sanitaria maggiormente personalizzata, in cui vengono utilizzate informazioni più complete (ad esempio, sul paziente, gli stati patologici o la risposta ai trattamenti) a scopo di previsione, prevenzione e supporto nella diagnosi precoce delle malattie. Per determinare il miglior approccio terapeutico o preventivo ci si basa quindi sulla fisiologia propria del

paziente. La medicina o assistenza sanitaria personalizzata implica la conoscenza delle soluzioni efficaci, delle ragioni della loro efficacia e dei casi in cui sono efficaci, da applicare in maniera coerente a tutti i cittadini e pazienti.

L'assistenza personalizzata è ancora ai suoi esordi e nel suo progredire è probabile che imponga grandi sfide a scienziati, paganti e istituzioni sanitarie. Le istituzioni, in particolare, richiederanno nuove conoscenze e competenze (ad esempio, la conoscenza delle tecniche predittive o terapeutiche di una serie di test molecolari) e grandi investimenti in strutture IT (ad esempio, l'accesso a informazioni sul fenotipo e il genotipo, unite a robuste capacità di analisi).

In sintesi, la maggiore attenzione al valore e all'aumento dei costi, unita alla complessità delle patologie e alle nuove opportunità diagnostiche e terapeutiche darà probabilmente luogo a una proliferazione continua di modelli per la promozione della salute e l'erogazione dell'assistenza. I nuovi modelli (o l'esigenza di coordinarli e integrarli) aumenteranno la pressione a favore del cambiamento sulle istituzioni e l'intero sistema sanitario. Le istituzioni sanitarie possono scegliere di contribuire a forgiare il futuro in modo collaborativo o rischiare di divenire un modello desueto e restare indietro, mentre nel settore privato, il rischio è di divenire un marchio obsoleto.

### ***Approccio olistico alla carenza di risorse***

Contemporaneamente alla proliferazione di nuovi modelli di erogazione dei servizi, paesi e istituzioni sanitarie si trovano a fronteggiare una carenza di risorse, sia a livello di capitale finanziario che umano. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le carenze di risorse umane in tutto il mondo ammontano a 4,3 milioni di medici, infermieri e ostetrici.<sup>32</sup>

**I nuovi modelli (o l'esigenza di coordinarli e integrarli) aumenteranno la pressione a favore del cambiamento sulle istituzioni e sull'intero sistema sanitario. Le istituzioni sanitarie possono forgiare il futuro in modo collaborativo o rischiare di divenire un modello desueto e restare indietro, mentre, nel settore privato, il rischio è di divenire un marchio obsoleto.**

Man mano che andranno emergendo sistemi sanitari incentrati sul valore, ci si potranno aspettare carenze di personale sanitario esperto in strategie e tecniche di prevenzione, di previsione, di diagnosi/terapia precoce, di medicina basata sull'evidenza e di coordinamento della cura. Poiché l'assistenza sanitaria basata sul valore riduce l'incidenza delle malattie in fase acuta, è inoltre probabile che molti sistemi sanitari necessiteranno di altri operatori primari, magari in discipline diverse, e probabilmente di meno specialisti. Anche dopo il riallineamento degli incentivi, saranno necessari lunghi periodi di tempo per risolvere tali carenze.

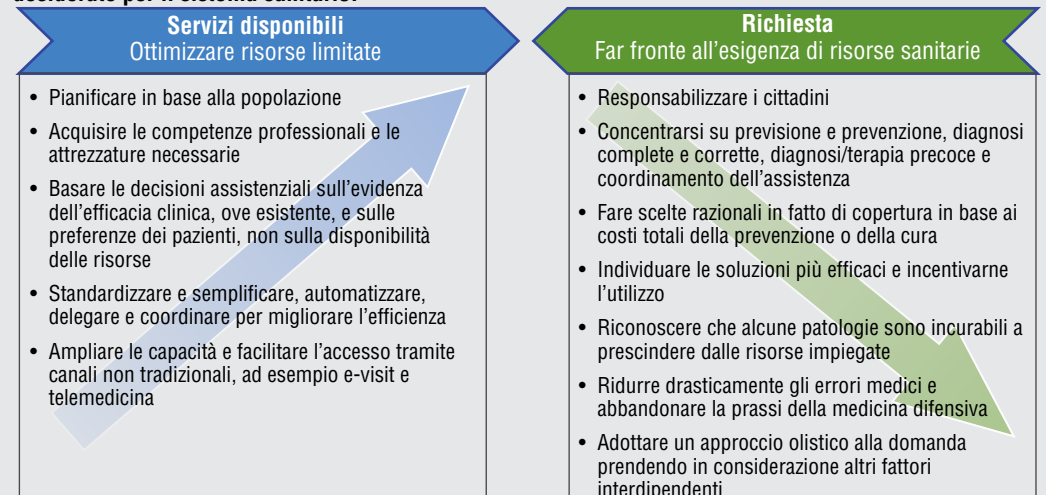
Oggi spesso si risponde alle carenze di personale clinico importandolo da altri paesi. Alla fine sarà necessario valutare sia la domanda che l'offerta di servizi sanitari per verificare la disponibilità delle risorse necessarie al fine di realizzare con successo la prevista trasformazione dei sistemi sanitari (vedere la Figura 6). E potrebbe essere non semplice realizzare tale trasformazione.

A inasprire ulteriormente le sfide concorrono una serie di richieste fondamentalmente diverse rispetto all'epoca in cui sono stati disegnati gli attuali sistemi sanitari. Si assiste, ad esempio, a una crescita significativa della richiesta di assistenza preposta a migliorare la qualità della vita e il benessere individuale. La prova di questa tendenza è fornita dalla crescente richiesta di medicina dello sport, chirurgia e ortodonzia estetiche, oltre a terapie complementari e medicine alternative, come omeopatia, chiropratica, laser terapia ed erboristeria. Si assiste inoltre a una serie di interventi medici correlati a condizioni associate allo stile di vita, ad esempio l'intervento chirurgico di bypass gastrico contro l'obesità e la terapia farmacologica per scongiurare il diabete di tipo 2.

A complicare ulteriormente la questione, è difficile avere a priori prove documentate sull'efficacia, o sull'efficacia comparata, di molti, se non della maggior parte, degli strumenti diagnostici e delle terapie. Per il mal di schiena, ad esempio, sono disponibili

FIGURA 6.

**Soluzioni più a lungo termine alle carenze di risorse globali dovrebbero risolvere il problema della domanda e dell'offerta di servizi sanitari e collocarsi nel contesto delle dimensioni del valore desiderate per il sistema sanitario.**



Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

numerosi trattamenti, quali intervento chirurgico, chiropratica, agopuntura e fisioterapia, tanto per citarne alcuni, con scarsa evidenza di quale funzioni meglio, per quali pazienti e in quali circostanze.

### Sette implicazioni dello scenario in evoluzione

Le istituzioni sanitarie e i clinici devono prepararsi alla transizione a un ambiente basato sul valore, caratterizzato da un atteggiamento più responsabile dei cittadini e improntato a nuovi modelli di erogazione dei servizi, ma con limitazioni quanto alle risorse. Riflettendo su questi cambiamenti, emergono alcune esigenze chiave: collaborare fra cittadini, governi ed operatori sanitari per la coordinazione e l'integrazione, anziché la frammentazione, in parte indotta dall'aumento della complessità delle malattie (ad esempio, pazienti affetti da più malattie croniche) e dalla varietà dei trattamenti, oltre che per la trasparenza e l'allineamento degli incentivi, tanto per citarne alcune.

Queste esigenze comportano implicazioni significative per gli operatori sanitari in sette aree chiave (vedere la Figura 7). Le principali riguardano le relazioni con pazienti e concorrenti, nonché la natura e la differenziazione della concorrenza.

*Relazioni con i pazienti.* Storicamente, il rapporto fra un clinico, soprattutto se si tratta di un medico, e un paziente era di tipo paternalistico, ovvero il medico diceva al paziente cosa fare e si aspettava che il paziente si attenesse alle sue prescrizioni. Queste relazioni devono riconfigurarsi come partnership, in cui i clinici lavorano in collaborazione con i pazienti per promuoverne la salute e curare o gestire la malattia.

È inoltre necessario determinare gli approcci da adottare per la promozione della salute e l'erogazione dei servizi in base all'evidenza, alla gravità della patologia e alle preferenze del paziente, anziché in base all'esperienza individuale del clinico. Quest'ultima può essere fortemente influenzata da schemi terapeutici, strutture e capacità presenti all'interno di una specifica area locale, il che di norma porta a variazioni di costo, qualità e accesso inaccettabili.

*Concorrenza.* Le istituzioni sanitarie si troveranno a competere con uno stuolo di concorrenti non tradizionali in tutto il mondo, fra cui potrebbero figurare, ad esempio, anche centri benessere, le famose "retail clinic", centri per il turismo medico o la telemedicina.

*Basi per la concorrenza e la differenziazione.* In parte a causa della mancanza di trasparenza e attenzione al valore, le strategie di differenziazione del mercato, volte a curare soprattutto condizioni acute, si sono in genere basate su dimensioni quali la posizione geografica o la qualità clinica percepita. In un ambiente più trasparente e basato sul valore, le strategie di differenziazione includeranno una documentazione del valore in base a dimensioni nuove o ridefinite, quali la capacità di fornire servizi coordinati, completi e personalizzati per una determinata patologia e nuovi canali, ad esempio la previsione personalizzata, unita a terapie preventive e alla diagnosi precoce.

Esaminando queste tre implicazioni primarie, ne vengono alla luce altre. Nel seguito di questa sezione verranno prese in esame altre quattro implicazioni, delle quali si deve tenere conto per sviluppare nuovi rapporti con i pazienti in un ambiente competitivo in evoluzione: innovazione, cultura, processi e gestione delle informazioni.

**Le istituzioni sanitarie e i clinici devono prepararsi alla transizione a un ambiente basato sul valore, caratterizzato da una maggiore responsabilizzazione dei cittadini e a nuovi modelli di erogazione dei servizi, ma con limitazioni a livello delle risorse.**

**FIGURA 7.  
Lo scenario delle istituzioni sanitarie sta cambiando.**

Fattore	Da (tipico dell'ambiente di oggi)	A (tipico dell'ambiente futuro)
1. Relazioni con i pazienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paternalistiche: intervenire sui pazienti per curare le malattie</li> <li>▪ Prescrittive</li> <li>▪ Sono il luogo o l'esperienza a determinare la cura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partnership collaborativa: lavorare con i pazienti alla promozione della salute, nonché alla cura o alla gestione delle malattie</li> <li>▪ Condivisione della conoscenza nella presa delle decisioni</li> <li>▪ La cura è determinata dall'evidenza, dalla gravità della malattia e dalle preferenze</li> </ul>
2. Concorrenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soprattutto a livello regionale, con alcuni concorrenti nazionali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regionali, nazionali e globali</li> <li>▪ Non tradizionali, ad esempio centri benessere e "retail clinic"</li> </ul>
3. Basi per la concorrenza / differenziazione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ubicazione</li> <li>▪ Qualità clinica percepita</li> <li>▪ Qualità del servizio</li> <li>▪ Accesso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valore differenziato e documentato (ad es., costo, qualità e accesso)</li> <li>▪ Erogazione delle cure coordinata e personalizzata</li> <li>▪ Previsione, prevenzione, diagnosi e terapia precoci</li> <li>▪ Canali/siti più vicini al paziente</li> </ul>
4. Innovazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nuove tecnologie medicali per generare ulteriori entrate</li> <li>▪ Ricerca di base presso centri medici accademici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenere in salute le persone</li> <li>▪ Miglioramenti complessivi del valore, della qualità e della sicurezza dell'assistenza, in parte favoriti dall'allineamento degli incentivi</li> <li>▪ Rapida adozione di nuove conoscenze e approcci tramite l'uso di strumenti per il supporto delle decisioni cliniche</li> </ul>
5. Cultura	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Individualistica</li> <li>▪ Incentrata sull'operatore o la struttura sanitaria</li> <li>▪ Status quo/resistenza al cambiamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientata al team</li> <li>▪ Incentrata sul paziente, collaborazione senza confini</li> <li>▪ Continuo miglioramento e innovazione</li> </ul>
6. Processi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manuali</li> <li>▪ Evoluti</li> <li>▪ Ottimizzati in base ai reparti e alle strutture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informatizzati/automatizzati</li> <li>▪ Progettati, analizzati e gestiti</li> <li>▪ Allineati alla visione e agli obiettivi strategici, e ottimizzati in base alle esigenze dell'impresa e fra imprese</li> </ul>
7. Gestione delle informazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartacea</li> <li>▪ Informazioni non standardizzate</li> <li>▪ Scarsa conoscenza delle soluzioni efficaci</li> <li>▪ Frammentate con scarsa accessibilità da parte del cittadino e del clinico, con conseguente riduzione del valore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Digitale</li> <li>▪ Informazioni standardizzate a supporto dell'erogazione dei servizi e dell'analisi</li> <li>▪ Conoscenza basata sull'evidenza</li> <li>▪ Condivisa, integrata o interoperabile, accessibile, sicura e personale, alla base delle decisioni cliniche prese presso il punto di cura</li> </ul>

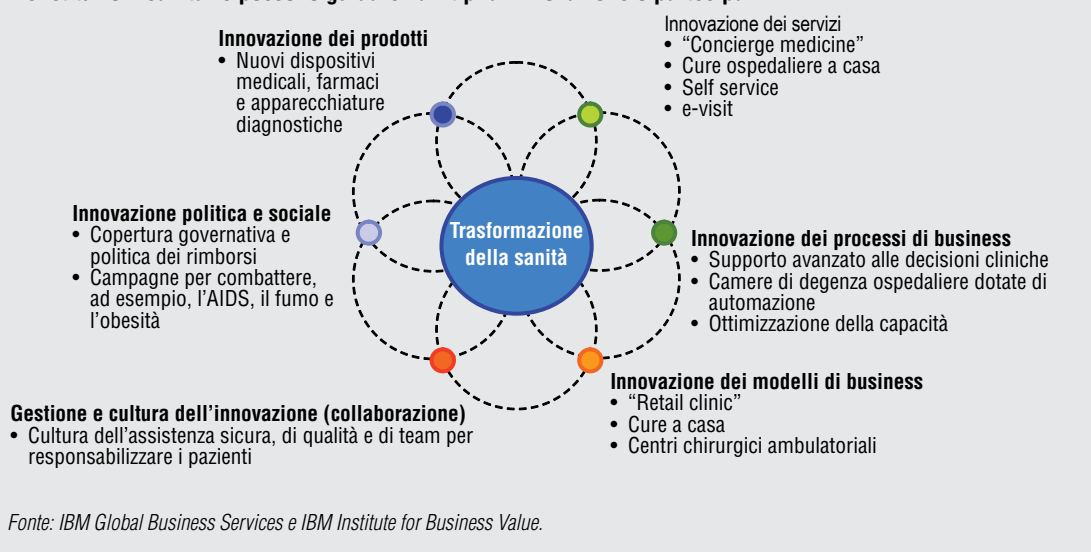
Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

*Innovazione.* Il famoso concetto di Albert Einstein per cui non è possibile risolvere i problemi con lo stesso modo di pensare che li ha creati vale anche per l'assistenza sanitaria.

Per trasformarla è necessario introdurre innovazione, ossia il punto di incontro tra intuizione e invenzione, oltre ai soliti utilizzi consolidati nella ricerca accademica e per l'innovazione dei prodotti (Figura 8).

FIGURA 8.

**Le istituzioni sanitarie possono guidare vari tipi di innovazione o parteciparvi.**



Per sostenere la trasformazione, gli operatori sanitari dovranno valutare come applicare la innovazione a obiettivi quali mantenere in salute i cittadini, velocizzare lo sviluppo e l'adozione di strumenti per il supporto delle decisioni cliniche e aumentare il valore globale, la qualità e la sicurezza dell'assistenza prestata.

*Cultura.* Per la trasformazione della sanità sono necessari cambiamenti sostenibili a diversi livelli: ecosistema, organizzazione, reparto, gruppo di lavoro e individuo. Questo tipo di cambiamento non può essere attuato all'interno delle istituzioni sanitarie senza una leadership forte e una visione chiara, oltre a un piano di gestione del cambiamento organizzativo, che definisca nuovi comportamenti, norme e processi.

Attualmente, in molti sistemi sanitari vige una cultura individualistica, incentrata sull'operatore e sulla struttura, altamente resistente al cambiamento. Per evitare

che singoli individui, reparti o anche intere organizzazioni si arroccino sui propri interessi, ovvero si sottraggano e continuino a difendere i propri desideri, spesso conflittuali, le istituzioni sanitarie devono prima divenire adatte al cambiamento. Nella loro cultura devono essere integrati nuovi principi, come il lavoro di squadra, l'attenzione incentrata sul paziente, la collaborazione al di là dei confini dell'organizzazione, un senso di responsabilità condivisa, oltre al miglioramento e all'innovazione continui.

*Processi.* La regola dell'85/15 di W. Edwards Deming, il guru della qualità totale, sostiene che l'85% dell'efficacia di un lavoratore è determinata dal sistema all'interno del quale opera e solo per il 15% è dovuta alla sua competenza.<sup>33</sup> Sebbene le percentuali siano discutibili, molti concorderanno sull'importanza che rivestono i processi ai fini delle prestazioni. Si renderà perciò necessaria la creazione di nuovi processi e la ridefinizione degli esistenti quando le istituzioni e i clinici lavoreranno insieme alla trasformazione dell'assistenza sanitaria.



**Quattro implicazioni delle quali si deve tenere conto per sviluppare nuove relazioni con i pazienti in un ambiente competitivo in evoluzione: innovazione, cultura, processi e gestione delle informazioni.**

Attualmente, molti di questi processi sono manuali e progettati a livello funzionale o strutturale, inoltre si sono spesso evoluti nel tempo con molte aggiunte, ma contengono inefficienze del flusso di lavoro, nonché dei costi e della qualità. È quindi necessario progettarli o riprogettarli, dotarli dell'automazione necessaria, analizzarli e gestirli attivamente per rendere più semplice fare la cosa giusta e difficile sbagliare.

Per quanto riguarda i processi, gli operatori che perseguono la trasformazione dovranno:

- Aspettarsi che il ridisegno dei processi introduca un miglioramento, comprendendo che processi non ottimali limitano le prestazioni, a prescindere da quanto siano brave e attente le persone.
- Semplificare e standardizzare i processi, rendendoli più facili da apprendere, da rispettare e da controllare, con risultati facilmente misurabili.
- Automatizzare e delegare adeguatamente, con l'ausilio di strumenti e tecnologie quali la robotica e le tecnologie informatiche, per aumentare le prestazioni e lasciare libero il talento umano per l'interazione con i pazienti e la loro cura.
- Estendere i processi chiave oltre il reparto o l'impresa per agevolare l'efficienza, oltre a una coordinazione e integrazione adeguate.

*Gestione delle informazioni.* Infine, i dati, le informazioni e la conoscenza dovrebbero agevolare la trasformazione dell'assistenza sanitaria, ma la crescita esponenziale della loro quantità assoluta ha sopraffatto la capacità di molte istituzioni e clinici, rendendo il loro compito un'impresa da Titani. Il solo numero delle sperimentazioni cliniche è passato dalle circa 200 del 1975 a oltre 30.000 nel 2005.<sup>34</sup>

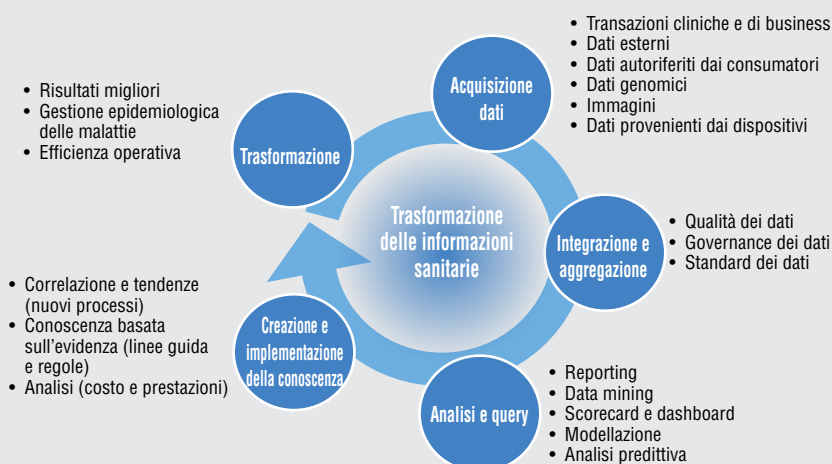
Sistemi ancora in larga misura cartacei e non standardizzati spesso ostacolano gli operatori, compromettendone la capacità di gestire con efficienza tanto le informazioni sui pazienti quanto le conoscenze cliniche. Troppo spesso inoltre, manca la conoscenza empirica delle soluzioni efficaci e inefficaci nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento. Secondo le stime, soltanto il 25% delle decisioni terapeutiche è supportato dall'evidenza e l'attuale conoscenza basata sull'evidenza tende ad essere frammentata e inaccessibile.<sup>35</sup>

La continua proliferazione di registrazioni sanitarie elettroniche (EHR, Electronic Health Record) in grado di interoperare con altre EHR, nonché di registrazioni sanitarie personali elettroniche (PHR, Personal Health Record) dei cittadini e di altri sistemi, ad esempio i sistemi farmaceutici, è di importanza cruciale per trasformare con successo l'assistenza sanitaria. Gli EHR sono necessari per sviluppare e standardizzare le operazioni di gestione delle conoscenze cliniche. Ad esempio possono essere utilizzati per progettare nuove modalità di studi clinici, confrontare l'efficacia di diverse alternative terapeutiche e per tenere traccia degli esiti a più lungo termine su diversi gruppi di utenti.

Una migliore gestione delle informazioni svilupperà cicli di trasformazione positivi, che si autorafforzano man mano che le conoscenze tratte dalla raccolta e dall'analisi dei dati creano un cambiamento e il risultato del cambiamento crea nuovi dati (vedere la Figura 9).

FIGURA 9.

**Una trasformazione positiva, che si autorafforza, basata sull' informazione.**



Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

## Nuovi modelli, nuove competenze: raccomandazioni per gli operatori sanitari

Così come avvenuto in passato, le istituzioni sanitarie potrebbero dichiarare obiettivi ampi e generalizzati e perfino tentare di essere "onnicomprensive per i cittadini" pur continuando ad esercitare una concorrenza efficace. Si ritiene però che in futuro sarà difficile mantenere un modello di erogazione dei servizi indifferenziato, sia nel settore pubblico che privato.

La maggiore attenzione al valore, l'aumento della necessità di promuovere nei cittadini un atteggiamento attivo e responsabile e i requisiti in evoluzione dei servizi imporranno a molte istituzioni sanitarie di adottare e sviluppare modelli con obiettivi strategici nuovi e più mirati. A prescindere dal modello di erogazione dei servizi prescelto, le istituzioni necessiteranno di nuove e maggiori competenze.

### Modelli di erogazione dei servizi

La maggior parte delle istituzioni sanitarie rientra già in uno o più dei quattro modelli di erogazione dei servizi:

- *Reti sanitarie di comunità*, che si concentrano sull'ottimizzazione dell'accesso in un determinato territorio.
- *Centri di eccellenza*, che si concentrano sull'ottimizzazione della qualità clinica e della sicurezza per specifiche patologie.
- *Concierge*, che si concentrano sull'ottimizzazione del rapporto e dell'interazione con il cittadino/paziente. Il concetto di "concierge" deriva dall'analogo ruolo della concierge dell'hotel, identificata con l'offerta di servizi esclusivi ai clienti. In campo medico indica un'istituzione che si differenzia, almeno in parte, per la qualità del servizio prestato.

**Le organizzazioni di successo molto probabilmente avranno raggiunto una soglia o un livello di prestazioni minimo accettabile in tutti e quattro i modelli di erogazione dei servizi, differenziandosi per uno o più aspetti.**

- **Leader del prezzo**, che si concentrano sull'ottimizzazione della produttività e del flusso di lavoro. Per le istituzioni governative o pubbliche, il modello del "leader del prezzo" attualmente potrebbe non rivestire la stessa importanza che per quelle private, ma vi sono vari fattori che potrebbero modificare questo stato di cose. In primo luogo, anche nei modelli in cui chi paga è uno solo, sono stati stabiliti schemi acquirente-fornitore in cui a contendersi i finanziamenti pubblici vi sono tanto gli operatori pubblici quanto privati, in parte per aumentare la concorrenza. Secondariamente, il turismo medicale e l'aumento di assicurazioni e istituzioni private in sistemi storicamente gestiti dai governi contribuiscono a far crescere l'importanza del modello basato sul leader del prezzo. L'attenzione alla produttività e al miglioramento del flusso di lavoro riguarda perciò sia le istituzioni sanitarie pubbliche che le private.

Ciascuno di questi modelli pone un'enfasi diversa sulle dimensioni del valore costituite da facilità di accesso, qualità clinica, qualità dei servizi e costo. Le organizzazioni di successo molto probabilmente avranno raggiunto una soglia o un livello di prestazioni minimo accettabile in tutti e quattro i modelli di erogazione dei servizi, differenziandosi per uno o più aspetti. Le istituzioni più grandi potrebbero essere in grado di fornire prestazioni che superano tale soglia o differenziarsi dai concorrenti quanto a capacità su più modelli.

Anche se già esistenti, i punti salienti tradizionali di ogni modello andranno raffinati e in alcuni casi reindirizzati o ampliati in modo da soddisfare le nuove richieste (Figura 10).

FIGURA 10.  
**Evoluzione dei modelli di erogazione dei servizi**

Modello di erogazione dei servizi	Storico	Attuale e futuro
Rete sanitaria di una comunità	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ubicazioni e servizi medici tradizionali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ubicazioni (ad esempio, a casa) e servizi (ad esempio, prevenzione, benessere, promozione della salute) non tradizionali</li> <li>▪ Accesso elettronico e nuovi canali (ad esempio, monitoraggio remoto, telemedicina)</li> </ul>
Centri di eccellenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trattamento della salute presso luoghi di cura specifici</li> <li>▪ Competizione in base alla reputazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Attenzione a previsione, prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione, gestione continua di alcune condizioni mediche</li> <li>▪ La concorrenza si svolge sul terreno di una qualità e sicurezza documentate</li> <li>▪ Cambia (e si innalza) la definizione di qualità tramite miglioramenti e innovazioni basate sui dati</li> </ul>
Concierge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strutture esclusive e confortevoli</li> <li>▪ Personale gentile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strutture confortevoli, sicure, sensibili alle preferenze, per pazienti e famiglie</li> <li>▪ Personale gentile ed efficiente (favorito da tecnologie IT)</li> <li>▪ Comodo accesso elettronico (ad esempio per l'accettazione, e-visit)</li> <li>▪ Processi amministrativi semplici per il paziente</li> </ul>
Leader del prezzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Processi semplificati</li> <li>▪ Servizi centralizzati per le economie di scala</li> <li>▪ Attenzione alla produttività individuale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Processi standardizzati, basati sull'evidenza</li> <li>▪ Servizi svolti in modo da contenere il più possibile i costi, sfruttando pienamente le funzionalità IT</li> <li>▪ Attenzione alla produttività del team e alla responsabilizzazione dei pazienti</li> </ul>

Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

Chiaramente, man mano che il sistema sanitario si evolve, sarà necessario prendere decisioni critiche su ben altri aspetti che non i soli modelli di erogazione dei servizi, ad esempio in merito a quali servizi fornire e con quali caratteristiche. Queste decisioni e i modelli di erogazione dei servizi scelti per implementarle determineranno, in parte, l'importanza di un'istituzione in un dato momento.

### ***Cinque competenze strategiche***

In un sistema sanitario, mano a mano che si modificano le richieste agli operatori sanitari, cambieranno di concerto anche i modelli per promuovere la salute e prestare l'assistenza. Le istituzioni sanitarie e i clinici dovranno sviluppare o migliorare un insieme di competenze sottostanti per implementare con successo i modelli di erogazione dei servizi. Tutti gli operatori dovranno sviluppare cinque competenze strategiche:

1. *Responsabilizzare e stimolare i cittadini a un ruolo attivo.* Aiutare i cittadini ad assumersi la responsabilità e a prendere decisioni migliori e più informate in materia di salute e stile di vita. È lecito, ad esempio, aspettarsi che gli operatori parlino con i pazienti del loro comportamento e forniscano loro supporti decisionali per scegliere in base alle proprie preferenze, ove possibile.

2. *Collaborare e integrare.* Promuovere la salute e fornire assistenza sia nelle sedi tradizionalmente preposte a questo scopo (ad esempio, studi medici, ospedali, laboratori, farmacie) sia in luoghi non tradizionali (ad esempio, a casa o al lavoro). Lo sforzo congiunto in tutti questi luoghi includerà interventi appropriati, coordinamento delle cure e controllo della qualità.

Questa collaborazione e integrazione può essere facilitata dalla presenza nelle varie sedi ("integrazione verticale") o tramite la partnership o un altro tipo di relazione con organizzazioni che hanno adottato la stessa filosofia ("integrazione virtuale"). In ogni caso,

a determinare il successo saranno fattori quali l'allineamento degli incentivi, un flusso di informazioni solido, la trasparenza e una cultura che enfatizza il valore, prestazioni di squadra incentrate sul paziente e la sicurezza.

3. *Innovare.* Perseguire l'innovazione nei processi operativi, nei modelli aziendali, nei servizi, nella cultura dell'organizzazione e nei prodotti. È ragionevole aspettarsi, ad esempio, che le istituzioni dimostrino una forte leadership e si dotino di fondi da dedicare a progetti finalizzati a ottenere risultati assolutamente innovativi, oltre alla possibilità di intraprendere iniziative uniche nel loro genere per differenziare i propri modelli di erogazione dei servizi (ad esempio, camere di degenza ospedaliere dotate di automazione oppure approcci diagnostici e terapeutici supportati da sistemi decisionali clinici avanzati, basati sull'evidenza).

4. *Ottimizzare l'efficienza operativa.* Perseguire l'eccellenza operativa, standardizzando e semplificando i processi clinici e amministrativi in tutta la catena del valore. Le istituzioni sanitarie si occuperanno ad esempio di mappare, monitorare, analizzare e migliorare i processi chiave interni all'impresa e fra imprese per supportare nuove modalità di implementazione del loro modello di servizio.

5. *Sfruttare la tecnologia informatica.* Implementare una tecnologia informatica adeguata, dotata di applicazioni flessibili, funzionalità di business intelligence e informazioni on-demand, per ottenere un'assistenza di alto valore, operazioni efficienti, oltre a governance e gestione efficaci. Gli operatori potrebbero adottare architetture SOA (Service-Oriented Architecture) a supporto di servizi intercambiabili e riutilizzabili, analizzare i dati provenienti dalle transazioni elettroniche cliniche e amministrative per migliorare e standardizzare gli approcci assistenziali, nonché creare reti informatiche e applicazioni interoperabili per migliorare l'accesso alle informazioni e condividerle tra clinici e pazienti.

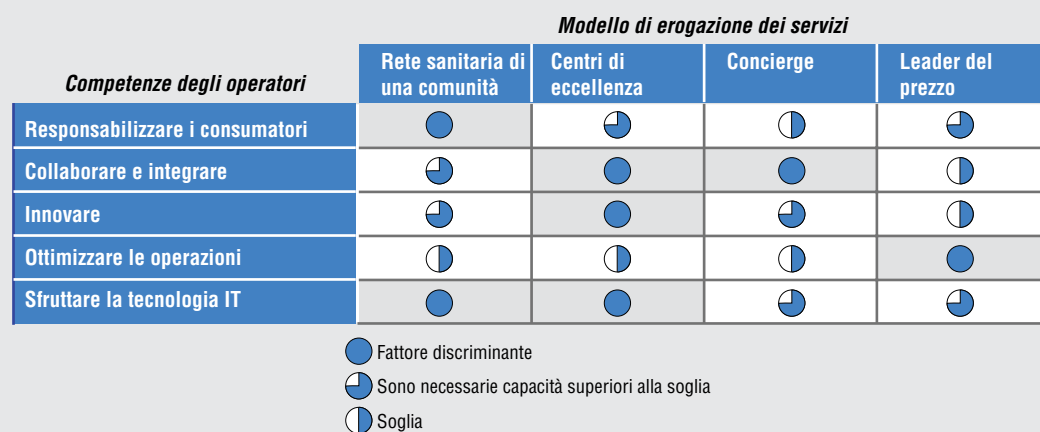
**Ogni competenza gioca un ruolo importante e potenzialmente diverso in ciascun modello di erogazione dei servizi.**

Ogni modello di erogazione dei servizi richiede un diverso grado di enfasi su queste cinque competenze (vedere la Figura 11). È utile ribadire che ogni competenza gioca un ruolo importante e potenzialmente diverso in ciascun modello. La rete sanitaria di una comunità, ad esempio, potrebbe utilizzare le funzionalità IT per ottimizzare i canali di accesso elettronico, mentre un centro di eccellenza potrebbe servirsene per ottenere un miglioramento della qualità dell'assistenza basato sui dati.

In sintesi, si consiglia alle istituzioni sanitarie di procedere come segue:

- Riconoscere pienamente la necessità di un sistema sanitario più incentrato sul paziente, basato sul valore, economicamente conveniente e sostenibile.
- Identificare i modelli di erogazione dei servizi e le competenze che consentono di prosperare nel nuovo sistema.
- Valutare se dispongono delle competenze necessarie per implementare i nuovi modelli di erogazione dei servizi.
- Sviluppare un piano per la transizione ai nuovi servizi o a nuove modalità per erogare i servizi esistenti e sviluppare le nuove competenze necessarie per il supporto di tali modelli. Il piano potrebbe includere elementi chiave quali modelli di business, cultura dell'organizzazione, capacità e competenze, struttura organizzativa, strategie di outsourcing, processi d'impresa interni e fra imprese e capacità IT.

**FIGURA 11.**  
**I modelli perfezionati di erogazione dei servizi richiedono un diverso mix delle cinque competenze essenziali.**



Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

**Le istituzioni e i clinici sono il fulcro degli sforzi volti a creare una sanità più incentrata sul valore, in cui la promozione della salute e le decisioni di cura forniscono un'assistenza più personalizzata e basata sull'evidenza.**

## Conclusioni

*Mantenere lo status quo* non è una soluzione praticabile per i sistemi sanitari di molti paesi. Sempre più, una sanità incentrata sul valore darà maggior peso a nuove dimensioni del valore, quali la capacità di responsabilizzare i cittadini, nonché di migliorare e innovare continuamente. Verranno probabilmente ridefinite anche le dimensioni esistenti, ad esempio gli indicatori della qualità potrebbero attribuire maggiore importanza alla previsione, alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia precoci, al tempo e alle risorse impiegate per ottenere una diagnosi completa e corretta, e al coordinamento dell'assistenza.

Le istituzioni e i clinici sono il fulcro degli sforzi volti a creare una sanità più incentrata sul valore, in cui la promozione della salute e le decisioni prese offrono un'assistenza più personalizzata e basata sull'evidenza, seguendo le preferenze del paziente lungo tutta la catena dei servizi: preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi, nonché palliativi e per i malati terminali. I problemi attuali non sono tuttavia stati creati da un solo "stakeholder" (cittadini, istituzioni sanitarie, governi, operatori sanitari, etc.) e non possono pertanto essere risolti da un singolo "stakeholder". La partecipazione attiva, la collaborazione e il cambiamento sono necessari per tutti.

I cambiamenti non avverranno con facilità nelle istituzioni sanitarie, o negli altri "stakeholder". Le istituzioni devono sviluppare nuovi modelli di erogazione dei servizi o ridefinire gli esistenti e sviluppare nuove competenze per implementarli, il che potrebbe richiedere leadership, cultura, modelli di business, strutture organizzative, strategie di sourcing, competenze, processi e tecnologie nuovi.

Dovranno inoltre lavorare in collaborazione con gli altri aventi interesse per prendere decisioni razionali in materia di copertura

e allineare correttamente gli incentivi in un sistema aperto e trasparente, in cui prevalgano informazioni utilizzabili sui costi, la qualità e l'evidenza; inoltre, in molti paesi, sarà necessaria un'infrastruttura informatica più solida per agevolare la trasformazione. In aggiunta questi cambiamenti devono essere implementati sottostando a vincoli, ad esempio limiti di costo sostenibile. In ultima analisi, per la trasformazione dei sistemi sanitari sarà necessario impegnarsi e dare seguito a sforzi di collaborazione coordinata tra i vari aventi interesse, in particolare le istituzioni sanitarie.

La Figura 12 offre uno scorcio di un sistema sanitario trasformato.<sup>36</sup> Per ridurre significativamente l'incidenza di una malattia cronica, come le patologie coronariche o il diabete, ad esempio, il sistema sanitario dovrebbe:

- Aiutare i cittadini ad adottare stili di vita più sani.
- Concentrarsi sulla previsione, la prevenzione, nonché la diagnosi e la terapia precoci per le persone in cui il solo stile di vita non è sufficiente a prevenire l'insorgenza della malattia.
- Se è necessario ricorrere a cure, le decisioni devono essere basate sull'evidenza e prese in condivisione, se possibile.

Per procedere come descritto, le istituzioni sanitarie potrebbero guidare lo sviluppo di una solida infrastruttura informatica, o parteciparvi, per facilitare il rapido apprendimento e la rapida integrazione delle informazioni nella prassi (innovazione, sicurezza e qualità), fornendo al paziente le informazioni necessarie per una migliore autogestione della propria condizione, monitorandolo, verificando il suo rispetto delle prescrizioni e coordinando l'assistenza. Dovrebbero inoltre promuovere una cultura incentrata sul valore, la sicurezza, la qualità e l'innovazione. Questi cambiamenti richiedono una leadership forte e una visione chiara.

FIGURA 12.

**Le istituzioni sanitarie devono ridefinire i loro rapporti con i cittadini e altri aventi interesse.**



Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

Man mano che le istituzioni sanitarie tentano di adattarsi a tale evoluzione, alcuni comportamenti e decisioni chiave possono essere dettati da luoghi comuni, ossia principi ritenuti veri. Acquisendo una

prospettiva diversa su queste pseudo-verità è possibile creare un ambiente più consono alla trasformazione in un sistema sanitario basato sul valore, sostenibile, responsabile ed economicamente conveniente (vedere la Figura 13).

FIGURA 13.

**Una prospettiva diversa sui luoghi comuni.**

Luoghi comuni?	La nostra prospettiva
Di questo problema se ne devono occupare gli altri, io proteggerò il mio "territorio" mentre altri lo risolvono.	Tutti gli aventi interesse devono essere più responsabili e lavorare insieme.
Il problema si risolverebbe con più denaro.	Vi è scarsa correlazione tra la spesa globale e il valore ricevuto.
Il problema si risolverà con la tecnologia IT.	La tecnologia informatica è necessaria ma non sufficiente.
La soluzione al problema è l'erogazione costante di servizi di alto valore.	Sì, e anche le aspettative e i comportamenti dei cittadini dovranno cambiare.
Tutti dovrebbero poter usufruire delle cure necessarie o desiderate.	I paesi non dispongono di fondi illimitati. Sarà necessario prendere decisioni difficili e informate.
Assistenza migliore significa più assistenza.	Assistenza migliore significa la quantità giusta della giuste cure.
Tutta l'assistenza è locale.	Le soluzioni e gran parte dell'assistenza resteranno locali. La concorrenza no.
Anche questa fase passerà.	Questa volta il mondo è sostanzialmente diverso.

Fonte: IBM Global Business Services e IBM Institute for Business Value.

## Informazioni sugli autori

Jim Adams è Direttore esecutivo di IBM Center for Healthcare Management, che si occupa di leadership del pensiero globale per il settore sanitario. Prima di questo incarico presso IBM, è stato dirigente senior alla Gartner e a Healthlink e ha ricoperto mansioni di CEO (Chief Executive Officer), CFO (Chief Financial Officer) e CIO (Chief Information Officer) in vari industrie. Attualmente collabora con comitati sanitari nazionali e commissioni consultive per le organizzazioni sanitarie. Partecipa spesso come relatore a conferenze sul futuro della sanità e argomenti correlati. È possibile contattarlo all'indirizzo: [jim.adams@us.ibm.com](mailto:jim.adams@us.ibm.com).

Richard Bakalar è un medico, in IBM ricopre il ruolo di Chief Medical Officer, fa parte del team IBM Healthcare and Life Sciences Global Provider Segment ed è consulente medico senior per le soluzioni sanitarie e di medicina basate sulle informazioni. Il Dr. Bakalar è stato chirurgo in marina, ha ottenuto una certificazione della commissione in medicina nucleare e medicina interna, è stato il precedente presidente dell'associazione americana per la telemedicina ed è consulente IT clinico per varie commissioni nazionali e agenzie federali. È possibile contattarlo all'indirizzo: [bakalar@us.ibm.com](mailto:bakalar@us.ibm.com).

Michael Boroch è Business Development Executive per il settore pubblico presso IBM e gestisce nuove iniziative sanitarie su base globale. È un dirigente e un professionista esperto, con un ottimo bagaglio culturale nel settore sanitario, tecnologico e consumer.

Ha conseguito un master in amministrazione aziendale presso il Loyola College di Baltimora e ha compiuto studi di scienze respiratorie, inoltre è accreditato come terapeuta respiratorio. È possibile contattarlo all'indirizzo: [boroch@us.ibm.com](mailto:boroch@us.ibm.com).

Karen Knecht è IBM Healthcare and Life Science Global Provider Solutions Manager. In questa veste, è responsabile di soluzioni IT in sanità. Vanta oltre 25 anni di esperienza clinica e tecnologica ed è una brava relatrice e scrittrice. È possibile contattarla all'indirizzo: [kknecht@us.ibm.com](mailto:kknecht@us.ibm.com).

Edgar L. Mounib è Healthcare Lead di IBM Institute for Business Value. Gestisce la ricerca orientata alle strategie del team, analizzando i problemi urgenti che i sistemi sanitari e gli "stakeholders" del settore affrontano. Mounib ha oltre 15 anni di esperienza nel settore sanità (operatori e paganti) e della salute pubblica. È possibile contattarlo all'indirizzo: [ed.mounib@us.ibm.com](mailto:ed.mounib@us.ibm.com).

Neil Stuart è Practice Leader nel settore consulenze sanitarie di IBM in Canada. Ha conseguito il dottorato in politica della salute presso la Brandeis University e dispone di un titolo aggiuntivo, conseguito presso il Department of Health Policy, Evaluation and Management, dell'Università di Toronto. Fa parte delle commissioni dell'Ontario Hospital Association e del Toronto East General Hospital. È possibile contattarlo all'indirizzo: [neil.stuart@ca.ibm.com](mailto:neil.stuart@ca.ibm.com).



## **Contributori**

**Consulenti globali:** *Ivo Nelson*, Vicepresidente, Healthcare Providers; *Daniel Pelino*, Direttore generale, Healthcare and Life Sciences; *Sean Hogan*, Vicepresidente, Healthcare and Life Sciences; *Douglas Cusick*, Global Business Development Leader, Healthcare Providers; *Leopoldo Frati*, South West Europe Leader, Healthcare and Life Sciences; *Madhav R. Ragam*, Asia Pacific Leader, Healthcare and Life Sciences; *Walter Groszewski*, Global Sales Executive, Healthcare Providers; *Patrick R. Boyle*, Americas Sales Director, Healthcare and Life Sciences; *Bruce D. Gardner*, Americas Sales Manager, Healthcare and Life Sciences; *Farhana M. Nakhooda*, Asia Pacific Healthcare Solutions Manager; *Anna Fredricks*, Strategy and Planning, Healthcare Providers.

**IBM Global Business Services:** *Deb Davis*, Healthcare Practice Leader – Strategy and Change; *Dana Sellers*, Healthcare Provider Leader; *Michael J. Dixon*, Partner, settore pubblico – Asia e Pacifico.

**Consulenti locali.** *Matej Adam*, Europa orientale e occidentale; *Claudia Alvarado*, Messico; *Luiz E. Bovi*, Brasile; *Henning Bruun-Schmidt*, Danimarca; *Peter Christen*, Austria; *John Crawford*, Regno Unito e Irlanda; *Dr. Boudewijn de Bliet*, Belgio e Lussemburgo; *Kees Donker*, Belgio, Paesi Bassi e Lussemburgo; *Luis Javier Bonilla Gavin*, Spagna; *Clyde Fernandez*, Australia; *Joel Formiga*, America Latina; *Henrik K Hoejlund*, Danimarca; *Junichi Iijima*, Giappone; *Paul IJsendoorn*, Belgio, Paesi Bassi e Lussemburgo; *Noriko Inaoka*, Giappone; *Ivan Lazaro*, Spagna; *Peter Lundkvist*, Danimarca; *Stefan Ohlsson*, Svezia; *Aurelio Rodrigues*, Brasile; *Silvano Sansoni*, Francia; *Lina Shadid*, Medio Oriente, Egitto e Pakistan; *Veerle Van Puyenbroeck*, Belgio e Lussemburgo e *Dr. Yi Yu*, Cina.

## **Ringraziamenti**

Desideriamo ringraziare numerose aziende sanitarie e leader di pensiero che hanno partecipato allo studio: *Dr. Michael S. Blum*, FACC, Chief Medical Information Officer, University of California, San Francisco; *Dr Peter P. Budetti*, Dottore in legge, Presidente del College of Public Health, University of Oklahoma Health Sciences Center; *Stephan Clark*, PhD, Vicepresidente Information Systems, University of Colorado Hospital; *Tom Closson*, Presidente e CEO, Ontario Hospital Association; *Dan Drawbaugh*, Senior Vice President and Chief Information Officer, University of Pittsburgh Medical Center; *Dr. Toshitada Kameda*, Presidente, Kameda Medical Center; *Dr. Vincent Kerr*, Presidente Care Solutions, Uniprise; *Dr. Edward Miller*, Preside di facoltà, The School of Medicine, The Johns Hopkins University; *Paddy O'Reilly*, CEO, Healthy Heart Society of British Columbia; *Orlando Portale*, Chief Technology and Innovation Officer, Palomar Pomerado Health; *Pablo Rivero*, Consulente senior – Health Innovation, Calgary Health Region; *Dr. Robert Roswell*, Preside di facoltà associato senior, Professore di medicina, Oklahoma University Health Sciences; *Pat Skarulis*, Vicepresidente e Chief Information Officer, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; *Ene Underwood*, Vicepresidente Strategy and Network Development, Bridgepoint Health.

## Pubblicazioni correlate

Adams, Jim, Edgar L. Mounib, Aditya Pai, Neil Stuart, Randy Thomas and Paige Tomaszewicz. "Healthcare 2015: Win-win or lose-lose?", IBM Institute for Business Value, ottobre 2006, <http://www.ibm.com/healthcare/hc2015>

Adams, Jim, Barbara A. Archbold, Edgar L. Mounib and David New. "Healthcare 2015 and U.S. health plans: New roles, new competencies", IBM Institute for Business Value, settembre 2007, <http://www.ibm.com/healthcare/hc2015>

Aparajithan, Srivathsan, Shanthi Mathur, Edgar L. Mounib, Farhana Nakhoda, Aditya Pai and Libi Baskaran. "Healthcare in India: Caring for more than a billion", IBM Institute for Business Value (In uscita)

Hew, Chee. "Healthcare in India: Toward greater access, efficiency and quality". IBM Institute for Business Value, marzo 2006, [http://www-03.ibm.com/industries/healthcare/doc/content/bin/Healthcare\\_in\\_China.pdf](http://www-03.ibm.com/industries/healthcare/doc/content/bin/Healthcare_in_China.pdf)

## Informazioni su IBM Global Business Services

Con esperti aziendali in oltre 160 paesi, IBM Global Business Services fornisce ai propri clienti elevate competenze di processi e di industria in 17 settori, utilizzando l'innovazione per identificare, creare e fornire valore in modo più rapido. Attingiamo a tutte le capacità di IBM, sostenendo i clienti con le nostre consulenze, nell'implementazione di soluzioni progettate per ottenere risultati di business ad ampio raggio e sostenibili.

## Riferimenti

- <sup>1</sup> Adams, Jim, Edgar L. Mounib, Aditya Pai, Neil Stuart, Randy Thomas and Paige Tomaszewicz. "Healthcare 2015: Win-win or lose-lose?", IBM Institute for Business Value, ottobre 2006, <http://www.ibm.com/healthcare/hc2015>
- <sup>2</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005. OECD health data 2005: Statistics and indicators for 30 countries (edizione 2005), Parigi: OECD Publishing
- <sup>3</sup> Nota: il termine "cittadino" viene utilizzato come termine generico in tutto il rapporto per indicare la popolazione di un paese, senza altre implicazioni quanto a determinati diritti
- <sup>4</sup> Aparajithan, Srivathsan, Shanthi Mathur, Edgar L. Mounib, Farhana Nakhooda, Aditya Pai and Libi Baskaran. "Healthcare in India: Caring for more than a billion". IBM Institute for Business Value (In uscita)
- <sup>5</sup> Thomas Eric J., David M. Studdert, Helen R. Burstin, et al. "Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado", *Med Care* 2000;38:261-71
- <sup>6</sup> Andrews L. B., C. Stocking, T. Krizek, et al. "An alternative strategy for studying adverse events in medical care", *Lancet* 1997;349:309-13
- <sup>7</sup> Marang-van de Mheen, Perla J., Evert-Jan F. Hollander and Job Kievit. "Effects of study methodology on adverse outcome occurrence and mortality", *International Journal for Quality in Health Care*, dicembre 2007; 19(6):399-406
- <sup>8</sup> Brennan T. A., L. L. Leape, N. M. Laird NM et al. "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study", *New England Journal of Medicine* 1991;324:370-6
- <sup>9</sup> Andrews L. B., C. Stocking, T. Krizek, et al. "An alternative strategy for studying adverse events in medical care". *Lancet* 1997; 349:309-13
- <sup>10</sup> Department of Health Expert Group. "An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in NHS". Presidente: Chief Medical Officer London, The Stationery Office, 2000
- <sup>11</sup> "Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2006", U.S. Census Bureau, agosto 2007, <http://www.census.gov/prod/2007pubs/p60-233.pdf>
- <sup>12</sup> Adams, Jim, Edgar L. Mounib, Aditya Pai, Neil Stuart, Randy Thomas and Paige Tomaszewicz. "Healthcare 2015: Win-win or lose-lose?", IBM Institute for Business Value, ottobre 2006, <http://www.ibm.com/healthcare/hc2015>
- <sup>13</sup> Adams, Jim, Barbara A. Archbold, Edgar L. Mounib and David New. "Healthcare 2015 and U.S. health plans: New roles, new competencies", IBM Institute for Business Value, settembre 2007, <http://www.ibm.com/healthcare/hc2015>
- <sup>14</sup> Organizzazione mondiale della sanità, 2005. "Preventing chronic disease: a vital investment", Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità
- <sup>15</sup> Lohr KN, ed. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington, DC, National Academy Press, 1990

- <sup>16</sup> Moses Hamilton III, Dorsey E. Ray, Matheson David H.M., Thier Samuel O. "Financial anatomy of biomedical research". *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 2005, 294(11):1333-1342
- <sup>17</sup> Commissione delle Comunità Europee "Health Strategy Staff Working Document" in accompagnamento al white paper "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013", ottobre 23, 2007, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_working\\_document\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_working_document_en.pdf)
- <sup>18</sup> Stampfer, Meir J., Frank B. Hu, JoAnn E. Manson, et al. "Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle", *New England Journal of Medicine*, 2000; 343(1): 16-22
- <sup>19</sup> Stampfer, Meir J., Frank B. Hu, JoAnn E. Manson, et al. 2001. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women, *New England Journal of Medicine* 345(11): 790-97
- <sup>20</sup> Harvard Center for Cancer Prevention, 1996. Harvard report on cancer prevention - volume 1: causes of human cancer Cancer Causes Control 7 (Suppl. 1): S3-S59; Trichopoulos, Dimitrios, Frederick P. Li, David J. Hunter. 1996. "What causes cancer?" *Scientific American* 275: 80-87; Willett, Walter C., Graham A. Colditz, Nancy E. Mueller, 1996. "Strategies for minimizing cancer risk", *Scientific American* 275: 88-91, 94-95; Harvard Center for Cancer Prevention, 1997. Harvard report on cancer prevention - volume 1: prevention of human cancer. Cancer Causes Control 8 (Suppl. 1): S5-S45
- <sup>21</sup> Himmelstein, David U., Elizabeth Warren, Deborah Thorne and Steffie Woolhandler. "Illness and Injury as Contributors to Bankruptcy", *Health Affairs Web Exclusive*, W5-63, 2 febbraio 2005
- <sup>22</sup> Peters, David H., Abdo S. Yazbeck, Rashmi R. Sharma, et al. "Better health systems for India's poor: Findings, analysis and options", World Bank, 2002
- <sup>23</sup> "Prijsexplosie bij Argenta geen uitzondering", *De Standaard*. 2 aprile 2008, <http://www.standaard.be/Artikel/Detail.aspx?artikelId=8S1Q271V>
- <sup>24</sup> "Brazilian Health Care System in 2025: The Challenge and Need of Conscious and Responsible Decisions", *Medical News Today*, 3 maggio 2006, <http://www.medicalnewstoday.com/medicalnewsphp?newsid=42657>
- <sup>25</sup> IOM Committee on Health Literacy. "Health literacy: a prescription to end confusion", Washington, DC: National Academies of Science, 2004; Berkman, Nancy D., Darren A. DeWalt, Michael P. Pignone, et al. "Literacy and health outcomes." Evidence Report/Technology Assessment No. 87: 1-8, 2004; Human Resources Development Canada (1997) National Literacy Secretariat, and the Organisation for Economic Cooperation and Development. "Literacy Skills for the Knowledge Society". Second Report of the International Adult Literacy Survey, Ottawa, 1997. Sihota, Saranjit and Linda Lennard. National Consumer Council (2004). "Health literacy: Being able to make the most of health", Londra, 2004, [www.ncc.org.uk](http://www.ncc.org.uk)

- <sup>26</sup> Prochaska, James O., John C. Norcross and Carlo C. DiClemente. *Changing for good*, New York: Morrow, 2004
- <sup>27</sup> Eisenberg, David M., Roger B. Davis, Susan L. Ettner, et al. 1998. "Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 280: 1569-75
- <sup>28</sup> MacLennan, Alastair H., Stephen P. Myers, Anne W. Taylor. 2006. "The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004", *Medical Journal of Australia* 184(1): 27-31
- <sup>29</sup> Tsukioka, Aki. "Yano Research Institute surveys integrative medicine market in Japan", 2006, <http://www.medicalnewstoday.com/medicalnews.php?newsid=35892>
- <sup>30</sup> Analisi di IBM Institute for Business Value
- <sup>31</sup> Ibid.
- <sup>32</sup> OMS (2006). "The world health report 2006 – Working together for health", Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità.
- <sup>33</sup> Walton, Mary. *Deming Management at Work*, New York: Putnam, 1990
- <sup>34</sup> Rubin, Rita. "In Medicine, Evidence Can Be Confusing", *USA Today*, 16 ottobre 2006
- <sup>35</sup> Intervista al Dr. Glenn Steele Jr., PhD, Presidente e Chief Executive Officer, Geisinger Health System
- <sup>36</sup> Per ulteriori informazioni su questa prospettiva sui tre temi della trasformazione completa, fare riferimento a Adams, Jim, Edgar L. Mounib, Aditya Pai, Neil Stuart, Randy Thomas and Paige Tomaszewicz. "Healthcare 2015: Win-win or lose-lose?", IBM Institute for Business Value, ottobre 2006, <http://www.ibm.com/healthcare/hc2015>



# Healthcare 2015 and care delivery

Le prospettive della sanità italiana

Autori: Massimo D’Aniello\*, Andrea Ciravegna\*\*

\* Healthcare Business Solution Professional – GBS Italy

\*\* Healthcare Industry Leader – GBS Italy

*Il Sistema Sanitario italiano è valutato internazionalmente ad un ottimo livello di prestazioni, grazie al basso costo della spesa sanitaria confrontata a quella degli altri Paesi OCSE, al suo livello di accessibilità ed equità e ad alcuni importanti indicatori di salute (alta aspettativa di vita, bassa mortalità e morbosità). Nonostante questi aspetti positivi, anche noi dovremo affrontare le sfide epocali che il sistema sanitario di ogni nazione, indipendentemente dal modello organizzativo adottato, dovrà combattere e risolvere: invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, crescita delle aspettative dei cittadini, nuove tecnologie, etc.. Nell'affrontare tali sfide, dovremo tenere conto di alcune criticità che sono tipiche del nostro sistema e che probabilmente richiederanno ulteriori sforzi di riorganizzazione: in primo luogo lo squilibrio territoriale fra Nord e Sud e poi una certa difficoltà nel misurare la qualità e l'efficienza delle varie organizzazioni sanitarie.*

L'evoluzione dei servizi sanitari, dei modelli di erogazione dell'assistenza socio-sanitaria, le scoperte in campo medico, le nuove tecnologie e le nuove norme che regolano il funzionamento del Servizio Sanitario Italiano, sia a livello nazionale che regionale, richiamano sempre con maggiore frequenza concetti di "qualità", "appropriatezza", "efficacia" ed "efficienza". Concetti questi che si traducono nell'esigenza di migliorare la capacità di gestione dei bisogni di salute dei cittadini. In un'ottica di modernizzazione dell'intero sistema, si pensa a modelli che mirino ad approfondire il livello di soddisfacimento dei bisogni del cittadino, coordinando ed organizzando nuovi modelli in

una logica di completa presa in carico della persona e dei suoi bisogni.

Il modello che oggi viene proposto in Italia è quello di un "Welfare delle opportunità". E' questo un modello di Welfare basato sul rafforzamento dell'autosufficienza della persona, così da prevenirne il bisogno socio-sanitario-assistenziale.

Da qui la necessità di sviluppare nuove strategie di tutela e gestione dell'assistenza sanitaria, in cui lo sviluppo dell'integrazione tra i molteplici servizi erogati sul territorio si coniughi con il miglioramento della qualità della vita del cittadino.

In questo scenario, la necessità di ripensare l'approccio al paziente e alle possibili modalità assistenziali deve partire dalla individuazione di alcune criticità:

- Continuità assistenziale tra territorio e ospedale
- Corretto targeting del paziente nei vari servizi assistenziali
- Identificazione delle patologie a gestione prevalentemente territoriale

La risposta a queste esigenze si traduce nella attuazione di un modello che tenda a favorire un processo di integrazione:

- Integrazione delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali
- Integrazione tra i soggetti istituzionali (Regione, ASL, Comuni) e con i soggetti sociali
- Integrazione operativa tra servizi sanitari, socio-sanitari, e sociali
- Alleanza tra soggetti erogatori pubblici e privati

L'attuale Governo Italiano ha inserito nel suo programma, come prioritari, alcuni punti programmatici, quali:

1. Livelli Essenziali di Assistenza e Liste di Attesa
2. Riqualficazione della situazione sanitaria del Sud
3. Implementazione sul territorio di metodologie per la verifica dell'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche
4. Interventi nel settore della ricerca biomedica

Il primo tema da affrontare, che richiede l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, è quello relativo al controllo della spesa sanitaria e assistenziale, in funzione di obiettivi non solo quantitativi ma anche qualitativi. Il punto di partenza per affrontare questo tema in maniera esaustiva è rappresentato dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e dal connesso tema delle Liste di Attesa.

Una corretta gestione delle Liste di Attesa, garanzia di un maggior controllo della erogazione dei servizi e del controllo della spesa sanitaria, parte, inevitabilmente, da una precisa ridefinizione dei LEA, intesi come un importante benchmark che permetta di monitorare e comprendere i livelli qualitativi dei servizi erogati sia a livello territoriale che nell'ambito delle singole aziende.

Inoltre, è oggi sempre più sentito il bisogno di una gestione, condivisa da Stato e Regioni, della riorganizzazione dei servizi, della spesa sanitaria e della resa che i servizi stessi devono poter garantire relativamente ai LEA.

Relativamente al secondo punto programmatico, la spesa sanitaria italiana preoccupa non solo per la tendenza di medio-lungo termine (tutti gli osservatori ipotizzano che al 2050 possa più che raddoppiare), ma anche per la disparità nel rapporto tra Nord e Sud del paese. È utile anche sottolineare che il problema non è dovuto unicamente ad una carenza di mezzi, ma, principalmente, ad un errato modello di erogazione dei servizi. Indice inequivocabile di questa considerazione sta nella sempre maggiore mobilità dal Sud verso il Nord dei Pazienti, alla ricerca di quei servizi che nel territorio di provenienza non sono disponibili; mobilità che ha l'effetto di un eccessivo incremento del costo delle prestazioni.



Per quanto riguarda il terzo punto programmatico, la sanità elettronica può essere lo strumento portante di una forte riorganizzazione nel mondo sanitario, se si riuscirà ad ottenere il pieno coinvolgimento di soluzioni ICT avanzate nel processo primario del sistema sanitario: il percorso di cura del singolo paziente e la verifica dell'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche.

A livello nazionale, la strategia scelta, anche sulla base delle caratteristiche socio-territoriali dell'Italia, è la valorizzazione del ruolo del territorio. In particolare, i servizi sanitari territoriali stanno evolvendo verso un'organizzazione che permetta di:

- Fornire la continuità assistenziale al cittadino. La continuità assistenziale, oltre a permettere al paziente di sentirsi seguito come individuo, nel momento del bisogno, e monitorato, agisce anche come strumento di controllo sulle eventuali riacutizzazioni o complicanze, spesso causa di successivi accessi a servizi di urgenza/emergenza, spesso anche inappropriati
- Coordinare, monitorare e garantire l'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La gestione dell'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche è sempre più dettata da linee guida validate a livello europeo e la cui adesione permette importanti ricadute sul percorso di cura ottimale per il paziente ed un conseguente contenimento della spesa

In Italia sono stati fatti molteplici studi e progetti in questo ambito, che hanno permesso di individuare modelli gestionali basati su differenti forme di aggregazione dei medici di famiglia, sull'impiego dedicato di gruppi di medici di continuità assistenziale e su una più estesa utilizzazione domiciliare degli specialisti ambulatoriali.

Infine, la riqualificazione della spesa sanitaria passa anche attraverso la riorganizzazione e la gestione di nuovi modelli per la prevenzione, la ricerca e l'innovazione in campo sanitario.

Relativamente alla prevenzione, a livello nazionale, in linea con le direttive della Comunità Europea, sono stati delineati cinque obiettivi principali:

1. Prevenzione delle malattie croniche
2. Prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro, di vita e di cura
3. Prevenzione del disturbo mentale
4. Prevenzione del rischio infettivo
5. Salute orale

Per quanto concerne, infine, la ricerca, l'orientamento italiano è quello di riunire e razionalizzare quanto più possibile le risorse che diverse Amministrazioni dedicano alla ricerca biomedica. L'attuale contesto economico-finanziario impone una scelta strategica basata su una profonda razionalizzazione delle risorse, investendo in progetti di ricerca che coinvolgano networks di eccellenze, puntando sulla qualificazione dei proponenti e su piattaforme tecnologico-strutturali condivise a livello europeo, quali: genomica, proteomica, imaging, nanobiotech.

Le nuove tecnologie possono rivoluzionare l'assistenza sanitaria e contribuire alla sua futura sostenibilità. La sanità elettronica, la genomica e le biotecnologie possono migliorare la prevenzione delle malattie e le prestazioni sanitarie, oltre a favorire un trasferimento di importanza dalle cure ospedaliere alla prevenzione e all'assistenza sanitaria di base. La sanità elettronica può, infatti, contribuire a fornire un'assistenza maggiormente orientata al cittadino e a ridurre i livelli di spesa, sostenendo la interoperabilità dei servizi e la integrazione ed analisi delle informazioni.

In conclusione, è evidente come il sistema sanitario italiano, nel suo complesso, debba sempre maggiormente rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, dalle maggiori aspettative dei cittadini, dalla migrazione e dalla mobilità dei pazienti e dei professionisti sanitari. Un importante supporto a questo processo può venire dalle nuove tecnologie e dai più moderni modelli socio-assistenziali, permettendo un'innalzamento dei livelli di efficienza ed efficacia nonché la capacità di erogazione e di creazione di nuovi servizi.





© Copyright IBM Corporation 2008

IBM Global Services  
Route 100  
Somers, NY 10589  
U.S.A.

Prodotto negli Stati Uniti d'America  
06-08  
Tutti i diritti riservati

IBM e il logo IBM sono marchi o marchi registrati di International Business Machines Corporation ne gli Stati Uniti e/o in altri Paesi.

Nomi di altre società, prodotti o servizi possono essere marchi o marchi di servizi di terzi.

I riferimenti contenuti in questa pubblicazione a prodotti e servizi IBM non implicano che IBM intenda renderli disponibili in tutti i Paesi in cui opera.