

PETER BERCHTOLD

KURT HESS

MARC-ANTON HOCHREUTENER

ANDREAS WEBER

WERNER WIDMER

Managed Care – ritorno al futuro

Una pubblicazione del

**FORUM
MANAGED
CARE**

Sommario

Prologo	
Peter Berchtold / Kurt Hess	3
L'assistenza integrata esige l'integrazione di incentivi finanziari	
Werner Widmer	4
Reti di medici come catalizzatori delle innovazioni	
Andreas Weber	9
Il controllo dei processi tra standardizzazione, individualizzazione e valore aggiunto	
Peter Berchtold	14
La gestione della qualità nell'assistenza medica	
Kurt Hess / Marc-Anton Hochreutener	21
Epilogo	
Peter Berchtold / Kurt Hess	26
Autori	27

Impressum:

«Managed Care – ritorno al futuro»
è una pubblicazione del Forum Managed Care,
1ª edizione maggio 2008
Layout: Rudi-Renoir Appoldt, www.rrenoir.com

Ringraziamo la Suva per il supporto.

Ordinazioni

È possibile ordinare altre copie del presente opuscolo facendone richiesta al Forum Managed Care: info@fmc.ch. Fino a 5 esemplari viene applicata una tassa amministrativa di 15 CHF (IVA esclusa), fino a 10 la tassa ammonta a 20 CHF (IVA esclusa). La consegna di quantitativi maggiori avviene previo accordo.

L'opuscolo può anche essere scaricato sul sito www.fmc.ch. Il download è gratuito.

Prologo

PETER BERCHTOLD / KURT HESS

Il «Managed Care» si potrebbe descrivere come la somma di tutti gli impulsi per il coordinamento e l'integrazione nella sanità pubblica mirati a promuovere prestazioni mediche efficienti sul piano dei costi e della qualità. Con questo opuscolo desideriamo presentare una breve rassegna degli argomenti più importanti e delle tendenze future del managed care. Per farlo, torniamo nuovamente alla nostra perifrasi mettendo in risalto alcuni ambiti rilevanti nei quali una gestione coerente può e deve essere efficace in vista del conseguimento degli obiettivi: il livello di processo degli strumenti di gestione, il livello di sistema dei modelli di assistenza, il collegamento dell'assistenza ma anche la qualità medica e la gestione dei rischi. È evidente che anche le interfacce tra questi campi necessitano di una gestione accurata. Solo così, infatti, a tutti i livelli della sanità (dal servizio di base al livello di sistema) si potrà conseguire una prestazione capace di superare le sfide future, qualitativamente buona, ragionevole sul piano economico e fondata su un principio di solidarietà.

Ogni contributo inizia facendo un salto nel futuro attraverso una breve storia. Queste storie descrivono uno scenario

ambientato nel 2016, o meglio illustrano una visione che, partendo da un esempio pratico, abbozza una realtà possibile e in grado di rispondere alle sfide future. In ogni contributo, a questa visione fa seguito il ritorno alla realtà odierna, con la sua caratterizzazione, valutazione e critica. E infine riportiamo lo sguardo ancora una volta indietro, con un «ritorno al futuro» che ci consente di elaborare i presupposti essenziali – sotto forma di tesi concrete – per una via percorribile verso la sanità pubblica del domani.

L'assistenza integrata esige l'integrazione di incentivi finanziari

WERNER WIDMER

Anno 2016

La dott. Julia Berger, professoressa ordinaria di Medicina Interna, saluta prima di tutto il paziente, il signor M., e lo ringrazia per la sua disponibilità a mettersi a disposizione come esempio concreto nel quadro del corso «Assistenza integrata nella sanità». Quindi si rivolge agli studenti che affollano il grande auditorium 3 dell'università: «Ogni anno in questa sala siamo più numerosi, non solo voi studenti, ma anche le persone qui sul palco. E alla fine del corso non mi stupirei se ci trovassimo a concludere ancora una volta che, alla prossima occasione, sarebbe opportuno invitare un altro gruppo professionale o due in più. Oggi ho il piacere di presentarvi questi 18 specialisti provenienti dalle professioni più svariate che hanno collaborato alla visita, al trattamento, all'assistenza e al supporto forniti al signor M. Naturalmente non hanno operato tutti nello stesso momento, ma in diverse fasi distribuite nel corso dell'intero processo: ...»

Il dibattito comincia con le diagnosi mediche e sanitarie, per poi passare alla discussione delle diverse terapie ipotizzabili e dei loro limiti, ponderando le risorse

personali e sociali del paziente, che naturalmente collabora attivamente. Anche gli aspetti culturali, spirituali, etici, e persino i costi delle diverse misure e il loro finanziamento vengono presi in esame. Infine la discussione si approfondisce per spiegare come si può garantire la realizzazione integrata di un'assistenza così complessa. Il bisogno di accordo e di coordinamento appare così alto da sembrare inarrivabile, nonostante i 18 specialisti dispongano di conoscenze molto più vaste dei rispettivi campi di specializzazione, oltre che di competenze sociali e comunicative altamente sviluppate. «Tuttavia resta ancora molto da fare», ritiene la prof. Berger, «prima che la nostra interazione raggiunga il livello delle nostre prestazioni singole. D'altra parte, la prestazione individuale viene perfezionata da più di cento anni, mentre l'«assistenza integrata» è stata recepita nel piano di studi da appena otto anni.»

Inoltre: un anno dopo, questo corso venne dichiarato obbligatorio anche per i futuri economisti in campo sanitario e per gli studenti di matematica assicurativa con l'assicurazione malattie come indirizzo preminente.

Gli incentivi finanziari oggi

Quando sentiamo parlare di «sistema sanitario svizzero» pensiamo immediatamente ai medici, agli ospedali, al personale di cura, agli assicuratori malattie e ai premi, alle 26 sanità pubbliche cantonali, alla lobby dell'industria farmaceutica, forse anche all'Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP) o alla giungla delle sovvenzioni. In altre parole pensiamo alle strutture. Ma questo non deve portare a concludere affrettatamente che la salute nasce dalle strutture. La salute, piuttosto, è il risultato di processi, della concomitanza di diversi elementi strutturali dei quali il paziente stesso, forse, è quello principale. Pertanto si richiede l'integrazione, dal punto di vista del paziente, degli elementi strutturali significativi. Si richiede la coordinazione, quindi qualcosa che non ci viene in mente spontaneamente se pensiamo alla sanità svizzera.

Appare invece evidente l'ipotesi che sono proprio gli impedimenti strutturali a opporsi a una vera integrazione tra l'assistenza della popolazione e le prestazioni sanitarie.

Se ci si chiede perché l'assistenza sanitaria della popolazione è integrata in

misura così insufficiente o perché praticamente tutti gli attori sono troppo poco attenti all'integrazione, immancabilmente si finisce per sbattere contro gli incentivi finanziari ai quali essi sono esposti. In poche parole, mentre con le prestazioni individuali non integrate, scoordinate, è possibile guadagnare molti soldi, gli sforzi per l'integrazione vengono ricompensati a malapena e i costi per il coordinamento sono rimborsati a stento. Non dobbiamo rimproverare medici, ospedali, pazienti, industria farmaceutica, assicuratori malattia ecc. se si attengono alle regole del gioco in vigore e se, come conseguenza, si conseguono trattamenti scoordinati e risultati indesiderati. Il rimprovero va rivolto piuttosto agli inventori e ai difensori delle regole del gioco, quindi alla politica. Ma anche in questo caso, un'attribuzione di colpa a senso unico sarebbe fuori luogo, perché la politica subisce forti pressioni, per esempio da parte degli attori menzionati e dei loro lobbisti.

Dal momento che quasi nessuno sostiene gli interessi dell'integrazione e che nei mercanteggiamenti della politica sanitaria si tende a collocare in primo piano gli interessi individuali delle

associazioni, non stupisce il fatto che manchino in larga misura gli incentivi finanziari per una assistenza integrata della popolazione con prestazioni sanitarie.

Non è previsto quasi nessun incentivo per il medico praticante affinché, nell'interesse dei pazienti, si occupi a livello strutturale del coordinamento delle interfacce con l'ospedale o con la Spitex. Risultano altrettanto insoddisfacenti anche gli incentivi dell'ospedale a occuparsi del coordinamento al momento della dimissione di un paziente. Se l'ospedale viene pagato solo per il caso (e non per giornata di ospedalizzazione), non trattenere il paziente più a lungo del necessario assume il carattere di incentivo finanziario. Ma anche nel caso di un importo forfettario per singolo caso, l'ospedale praticamente ha pochi stimoli a mettersi d'accordo con la Spitex, il medico di famiglia o una clinica di riabilitazione ai fini di un'assistenza integrata.

Sia i medici praticanti (medici generici e specialisti) sia gli ospedali (nel campo ambulatoriale e nel caso dei pazienti ricoverati con assicurazione complementare) sono fortemente incentivati sul piano finanziario a erogare più

prestazioni del necessario e a erogare prestazioni che non producono il corrispondente valore aggiunto per i pazienti. Tutto questo contraddice il concetto di un'assistenza integrata, nella quale ogni fornitore di prestazioni eroga solamente quelle prestazioni che prima di tutto hanno un senso ai fini del trattamento interdisciplinare e multiprofessionale e per le quali, in secondo luogo, è il fornitore più indicato. Questa esigenza di qualità giustificata dal punto di vista del paziente, nell'ospedale pubblico viene messa a repentaglio anche dall'incentivazione dei medici assistenti a operare inutilmente i pazienti o a sottoporli a trattamenti di tipo interventistico, nella prospettiva di adempiere i criteri necessari a ottenere un titolo di specialista medico.

Le prestazioni ospedaliere ambulatoriali vengono finanziate diversamente rispetto a quanto avviene se le stesse prestazioni vengono erogate con ricovero ospedaliero. Le stesse prestazioni sanitarie vengono finanziate da diverse fonti e retribuite in modo diverso a seconda che siano erogate nell'ospedale, in casa di cura o dalla Spitex. Questa differenza di finanziamento della stessa prestazione

I fornitori di prestazioni e i richiedenti si orientano in base ai propri incentivi finanziari e questi non sono stati definiti pensando a un'assistenza integrata.

impedisce di erogare e coordinare la prestazione in un modo fondato oggettivamente nell'ottica di un'assistenza integrata.

Sul piano del finanziamento, il miglior presupposto per un'assistenza davvero integrata sarebbe che tutte le prestazioni venissero pagate dalla stessa fonte e che le stesse prestazioni fossero pagate allo stesso prezzo. In tal modo, anche dal punto di vista del finanziamento o persino dal punto di vista del paziente, qualora a pagare fosse il paziente stesso, gli incentivi finanziari diventerebbero efficaci al fine di una domanda integrata e, quindi, di un'offerta integrata (= assistenza integrata).

Infatti tanto ai fornitori dei servizi quanto ai pazienti, come destinatari delle prestazioni, mancano quegli stimoli capaci di rendere interessante un'assistenza integrata anche sul piano economico rispetto alla assistenza non integrata.

I fornitori di prestazioni e i richiedenti si orientano in base ai propri incentivi finanziari e questi non sono stati definiti pensando a un'assistenza integrata. Se l'assistenza integrata non deve restare semplicemente l'onorevole aspirazione di qualche idealista, allora è sacrosanta una

riforma degli incentivi finanziari che riguardi sia i fornitori di prestazioni sia anche la parte della domanda, quindi gli assicurati e i pazienti.

Se l'assistenza integrata non deve essere solo un'assistenza a gestione statale, deve dare maggiore peso ai pazienti nel loro ruolo di attori che richiedono le prestazioni e sostenere l'esigenza di un'assistenza integrata. Tutto questo non può funzionare senza maggiore libertà di scelta per quanto riguarda i prodotti dell'assicurazione malattie e senza una partecipazione ai costi (franchigia) molto più alta di oggi. Solo se il richiedente percepisce in modo durevole i vantaggi anche economici di un'assistenza integrata verrà fatta pressione sull'offerta, tramite la richiesta e le preferenze espresse dai pazienti a questo proposito. Se presupponiamo che un'assistenza integrata è superiore a quella non integrata sia sul piano qualitativo sia nel lungo periodo, anche in relazione ai costi, appare plausibile che il paziente che paga personalmente o che si sta informando proprio per questa ragione preferisca un'assistenza integrata a una non integrata.

Tesi

1. Con gli attuali incentivi finanziari nel campo della sanità, l'assistenza integrata non si affermerà.
2. Invece di continuare a creare strutture dell'offerta (pianificazione ospedaliera, stop all'apertura di ambulatori, catalogo delle prestazioni) la politica della salute dovrebbe piuttosto definire degli incentivi finanziari ragionevoli per i diversi attori. Di conseguenza ne scaturirebbero necessariamente delle strutture ragionevoli.
3. Se la salute ha a che fare anche con lo stile di vita personale e con il senso di

responsabilità, un'assicurazione volontaria con premi adeguati al rischio e con franchigie legate al reddito costituisce degli incentivi razionali per pazienti e assicurati a richiedere l'assistenza integrata.

Bibliografia

- Kocher G, Oggier W (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009*, Bern, 2007
- Widmer W, Beck K, Boos L, Steinmann L, Zehnder R: *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität - Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen*, Zürich 2007

Invece di continuare a creare strutture dell'offerta (pianificazione ospedaliera, stop all'apertura di ambulatori, catalogo delle prestazioni) la politica della salute dovrebbe piuttosto definire degli incentivi finanziari ragionevoli per i diversi attori.

Reti di medici come catalizzatori delle innovazioni

ANDREAS WEBER

Anno 2016

Karl Gruber cerca una nuova cassa malati per la madre di 82 anni, ancora arzilla. I premi mensili subiscono un nuovo rincaro anche nel 2015. Con le diverse malattie croniche di cui soffre, sua madre ogni anno deve pagare la partecipazione ai costi massima di 3000 franchi, 500 per la franchigia unitaria introdotta nel frattempo e 2500 di aliquota percentuale massima. Il signor Gruber propone alla madre un'assicurazione Managed Care presso una grande cassa malati e le fa vedere che, anche se il premio non è propriamente conveniente, ogni anno dovrà pagare 1250 franchi in meno di aliquota percentuale se parteciperà ai corsi della rete di medici qualiX consigliata dalla cassa malati.

Poco dopo l'inizio dell'anno, la signora Gruber riceve una lettera molto cordiale dalla rete di medici, con allegato un buono per un check-up da effettuare online e una tessera associativa con un numero per le chiamate d'emergenza 24 ore su 24. Naturalmente la signora Gruber non è in grado di rispondere alle diverse domande sul sito Internet, ma se ne occupa suo figlio durante la sua visita settimanale.

Dopo poche risposte, viene visualizzato l'invito a un incontro con un medico di famiglia della rete di medici. La signora viene invitata ad autorizzare la richiesta di documentazione presso i precedenti medici e ospedali.

In occasione del primo incontro, il medico di famiglia conferma le diagnosi che nel frattempo ha registrato su un'anamnesi elettronica e basata su Internet: malattia delle coronarie, insufficienza cardiaca, disturbo del ritmo cardiaco sotto emodiluizione, vari disturbi alla schiena, insufficienza renale cronica. Vengono registrate le aspettative, le esigenze e i valori della paziente riguardo alla salute. Per la signora Gruber, ciò che conta di più è restare nella propria casa, dove vive già da 63 anni e dove desidererebbe anche morire. Per lei la durata di vita ha un ruolo secondario. «Si deve fare spazio ai giovani», afferma.

Una volta conclusa la visita e alcuni test di laboratorio, il medico di famiglia prenota un appuntamento per la signora Gruber sull'agenda online di un cardiologo della stessa rete di medici. Per ottimizzare la terapia del mal di schiena viene interpel-

lata una reumatologa tramite videoconferenza. Mediante la health card della madre, il figlio ha accesso all'anamnesi elettronica.

Nel secondo incontro, il medico presenta alla signora Gruber un corso per l'insufficienza cardiaca e una specializzazione nell'uso di analgesici in caso di insufficienza renale e sui rischi dell'emodiluzione. Le organizza anche la visita a domicilio da parte di una terapeuta che si occupa di prevenzione delle cadute e istruisce la Spitex locale sui controlli dell'insufficienza cardiaca, l'assunzione dei farmaci e la determinazione del tempo di Quick. La Spitex ottiene l'accesso all'anamnesi elettronica e vi registra regolarmente peso, pressione sanguigna, pulsazioni, farmaci assunti, ma anche i relativi valori di controllo e le osservazioni.

Il medico di famiglia visita settimanalmente la signora Gruber tramite l'anamnesi elettronica. Se vengono superati determinati valori limite, ne viene immediatamente informato tramite posta elettronica o sms. In caso di emergenza, inoltre, la signora Gruber può raggiungere in qualsiasi momento il suo medico di

famiglia o un sostituto informato sulle sue condizioni. Il cardiologo e la reumatologa vengono informati dei cambiamenti rilevanti dello stato e del trattamento tramite l'assegnazione di un link all'anamnesi elettronica e, se necessario, vengono convocati per un consulto.

Con queste misure, da un lato si evitano quelle ospedalizzazioni che prima spesso si rendevano necessarie in situazioni d'emergenza, mentre dall'altro migliora la qualità del trattamento grazie a una coerente gestione delle interfacce. I costi annui scendono mediamente da 14 000 a 9000 franchi.

Le reti di medici oggi

In questo momento, le reti dei medici constano prevalentemente di fornitori di prestazioni di base e sono strutturate come associazione o come società anonima specifica dei medici. I diritti e i doveri dei medici delle reti sono parzialmente definiti negli statuti e, in parte, anche nei contratti di prestazioni tra rete di medici e medico o tra assicuratori malattie e medico. Il fornitore di servizi di base ha una funzione

Nei prossimi anni, le reti di medici efficienti orienteranno i propri servizi su due gruppi di pazienti: sulle persone più o meno sane, con affezioni acute intermittenti, e sui malati cronici.

di gatekeeper: in caso di qualche problema di salute, i pazienti si rivolgono innanzitutto al fornitore di servizi di base che hanno scelto, che, se possibile, risolve autonomamente il problema oppure indirizza il paziente all'ospedale o al consulto di uno specialista. La preferenza cade sugli specialisti a loro volta membri della rete. Se il paziente si rivolge allo specialista senza che il fornitore delle prestazioni di base lo abbia indirizzato a questo trattamento, paga di tasca propria questa prestazione, del tutto o in parte.

Negli ultimi dieci anni, le reti di medici hanno migliorato soprattutto il collegamento tra medico e medico e la qualità del servizio di base. Quasi tutte le reti organizzano degli incontri per promuovere la qualità in cui i partecipanti imparano gli uni dagli altri e condividono l'acquisizione dell'enorme flusso di nuovo sapere. Alcune reti e alcuni ambulatori si sottopongono regolarmente anche a una certificazione di qualità (si veda www.equam.ch). Quanto al collegamento verticale tra i fornitori delle prestazioni di base, gli specialisti e gli ospedali, le reti di

medici finora possono vantare scarsissime innovazioni sostanziali. I programmi specifici per persone con diverse malattie croniche, che spesso richiedono prestazioni specializzate di tipo ambulatoriale o ospedaliero, vengono elaborati solo in casi isolati. Ma è proprio questo gruppo di pazienti, che comprende quasi il 20% della popolazione e che assorbe l'80% delle risorse complessive della sanità, a rappresentare il potenziale di valore aggiunto di un collegamento intensificato delle professionalità operanti nell'ambito della sanità. Se le reti di medici non si impegnano verso questa visione globale, saranno i call center, i fornitori di telemedicina e i case manager degli assicuratori malattie a svolgere il ruolo di primo piano, ma con presupposti sostanzialmente peggiori: essi, infatti, conoscono l'anamnesi solo in modo frammentario e non potranno mai garantire da soli l'assistenza a 360 gradi.

Dal gatekeeping al care management

Nei prossimi anni, le reti di medici efficienti orienteranno i propri servizi su

due gruppi di pazienti: sulle persone più o meno sane, con affezioni acute intermittenti, e sui malati cronici. Per il primo gruppo daranno vita a offerte di prevenzione, consulti online e un triage telefonico disponibile 24 ore su 24 per i nuovi problemi che possono insorgere. I problemi banali, come raffreddori e influenza, che oggi finiscono prevalentemente in mano ai medici di famiglia, saranno trattati mediante istruzioni telefoniche per l'autotrattamento o saranno assegnati a «nurse practitioners», ovvero all'assistenza di base da parte di personale di cura qualificato, operante in servizi di permanenza. Per i problemi più complessi, nei servizi di permanenza e negli altri studi medici collettivi sono disponibili anche medici di famiglia che, in caso di necessità, possono consultare specialisti ed altri esperti.

Per l'assistenza dei malati cronici, sia i medici di famiglia sia gli specialisti ricevono una formazione come care manager. Sulla base delle proprie esigenze e preferenze individuali preparano un programma di assistenza, ingaggiano

specialisti, congiunti e profani e controllano che tutto si svolga secondo il programma. In caso di scostamento dall'obiettivo, adottano le misure corrispondenti. Per le principali malattie croniche vengono redatti dei moduli standard per il care management. Questi moduli possono essere combinati, in base ai problemi presenti, e adattati alle esigenze individuali dei pazienti. I moduli comprendono le linee guida basate sulle evidenze e con supporto informatico per gli specialisti coinvolti, opuscoli informativi e corsi sulle malattie e il loro trattamento per pazienti e congiunti, ma anche strumenti di documentazione elettronica e controlling (cfr. l'articolo «Il controllo dei processi»).

In questo modo, le reti di medici diventano i partner contrattuali privilegiati degli assicuratori malattie, che grazie al costante miglioramento della compensazione del rischio sono impegnati ad acquisire i malati cronici e li motivano a prendere parte ai programmi di care management attraverso la buona qualità dimostrata e la riduzione della partecipazione ai costi.

Tesi

1. Dopo il collegamento tra medico e medico, le reti di medici creeranno in misura maggiore dei collegamenti in senso verticale e multiprofessionale, lungo il percorso del trattamento dei malati cronici.
2. La tecnologia dell'informazione acquisterà un'importanza centrale per il flusso di informazioni tra specialisti e pazienti, ma anche per il controlling e per un costante miglioramento del trattamento.
3. Il continuo miglioramento della compensazione del rischio tra assicura-

tori, la partecipazione ai costi legata alla cooperazione per gli assicurati e forme di rimborso basate sui risultati per i medici sono il presupposto strategico per sviluppare offerte adeguate al bisogno per i malati cronici.

Bibliografia

- *Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Flemming R. Managed Care: origins, principles, and evolution. BMJ 1997; 314: 1823*
- *Berchtold P, Hess K. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2007. Managed Care 2006; 6: 33-41*

Per l'assistenza dei malati cronici, sia i medici di famiglia sia gli specialisti ricevono una formazione come care manager.

Il controllo dei processi tra standardizzazione, individualizzazione e valore aggiunto

PETER BERCHTOLD

Anno 2016

Eva Berger, 54 anni e madre di due figlie ormai grandi, vive in una città di medie dimensioni nel Mittelland svizzero. In passato si era sottoposta regolarmente una volta all'anno ai consueti esami di screening presso la sua rete di medici. La morte del marito in un incidente, tre anni fa, la aveva però sconvolta al punto che solo dopo avere ricevuto diversi solleciti da parte della rete di medici e minacce della sua cassa malati – la signora Berger si era impegnata a sottoporsi a visite ginecologiche preventive ogni anno a causa di diversi casi di tumore al seno in famiglia (ottenendo così anche un buono sconto sul premio) – si è sottoposta a una mammografia due settimane fa. Purtroppo con risultati non buoni: il referto positivo di un tumore maligno nella mammografia è stato confermato dall'esame ecografico e dalla biopsia del tessuto. Comunque i rapporti della tomografia assiale computerizzata e degli innovativi marker tumorali erano positivi e il ginecologo curante ha tranquillizzato la signora Berger spiegandole che, probabilmente, si tratta di uno stadio precoce del tumore e che, soprattutto, non è stata rilevata la presenza di metastasi.

Ma quando, tre giorni fa, si è recata al colloquio con il gruppo di valutazione (assessment team) interdisciplinare della sua rete di medici per programmare il trattamento successivo, la signora Berger era combattuta tra l'impulso a rimproverare se stessa e il fatalismo. Si trattava soprattutto di decidere anche dove farsi curare e assistere. Grazie alla sua polizza di assicurazione malattia può scegliere qualunque istituzione corrispondente in Svizzera. Il gruppo di valutazione della rete di medici aveva diverse proposte. La scelta non riguardava soltanto i diversi centri per il trattamento, ma anche i diversi pacchetti di cura: molti fornitori negli ultimi anni si sono uniti in associazioni di cooperazione, per esempio i Centri di senologia, per proporre dei processi di trattamento integrali per determinati gruppi di pazienti.

A differenza di quanto accadeva in precedenza, per esempio nel disease management, questi processi non erano però un trattamento essenzialmente sistematizzato, ma erano concepiti maggiormente come processi decisionali orientati al paziente e basati sulle evidenze. L'aspetto principale di tutto questo,

comunque, era il fatto che l'outcome (il risultato finale dei trattamenti dal punto di vista del paziente) veniva regolarmente valutato e pubblicato. Insieme con le persone della rete di medici, la signora Berger ha discusso i pacchetti di trattamento che la riguardano (per esempio, quale intervento chirurgico, quale terapia concomitante, quali misure di supporto), i rispettivi fornitori e, naturalmente, i dati di outcome. Dopo questo colloquio durato quasi due ore, la signora Berger ha provato un po' di sollievo e, soprattutto, si è sentita sufficientemente informata e in grado di comunicare dopodomani al gruppo di valutazione la sua decisione su come e dove intende farsi curare.

Lo sguardo torna al presente

Una peculiarità dei processi di prestazioni nei sistemi della sanità è il pluralismo ad essi connesso, in pratica le malattie particolarmente complesse vengono trattate ed assistite in molti processi parziali da diversi professionisti. Da un lato questo ha un senso, perché per il trattamento di una malattia del genere sono necessarie le competenze specialistiche più diverse e le sotto-discipline, come si nota

bene nell'esempio citato sopra. E nello stesso tempo questo pluralismo porta (tra l'altro grazie alla spinta dello sviluppo medico con le sue possibilità diagnostiche e terapeutiche sempre nuove) a una precaria disgregazione dei singoli passaggi e fasi di trattamento e assistenza. Precaria perché in questo modo non soltanto incombe il rischio di varie sovrapposizioni e di inefficacia, ma sono individuabili solamente i risultati dei singoli interventi invece della qualità globale, che è l'elemento cruciale per il paziente.

Con i sistemi IT collegati, l'esigenza di sistemi di incentivazione efficaci (e con scarsi effetti collaterali) e di nuovi modelli di rimborso, questa disgregazione sarà affrontata con successo e in modo ragionevole. E proprio le tecnologie dell'informazione e della comunicazione rivestono una grande importanza nel modo in cui tutto questo è ancorato alla visione della strategia di eHealth della Confederazione¹: «L'intera popolazione svizzera può, ovunque e in ogni momento, mettere a disposizione di specialisti del settore sanitario di sua scelta informazioni

¹ Strategia «eHealth» Svizzera, DFI 2007

personali rilevanti e beneficiare di prestazioni. Ognuno partecipa attivamente alle decisioni concernenti il proprio comportamento e i propri problemi di salute, rafforzando in tal modo la propria competenza in materia. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione sono utilizzate in modo da garantire lo scambio di informazioni tra gli attori della sanità pubblica e migliorare la qualità, la sicurezza e l'efficienza dei processi.» Due progetti prioritari (la «cartella del paziente informatizzata» e i «servizi in rete») saranno attuati nei prossimi anni.

Ma anche con i migliori sistemi di incentivazione e collegamenti informatici, da soli, una migliore (re)integrazione di trattamento e assistenza riuscirà solo in misura insufficiente. Al contrario, l'introduzione del rimborso basato sui DRG, un sistema di incentivi economicamente molto intelligente per minimizzare le sovrapposizioni e le misure di trattamento inefficaci, mostra per esempio che attraverso queste soluzioni potrebbero insorgere anche degli effetti collaterali paradossali: non solo in parte ne possono conseguire delle spese supplementari di amministrazione ancora più rilevanti e un implicito razionamento, ma i trattamenti e i processi

possono risultare persino (ancora) più frammentati invece di essere maggiormente coordinati. Pertanto, negli ultimi anni sono stati sviluppati numerosi strumenti del controllo dei processi e sistemi che devono potenziare il collegamento delle singole misure, adeguarle - dove esiste - all'evidenza scientifica e, infine, ne devono dimostrare esplicitamente la qualità in un modo sensato per il paziente.

Evidence Based Medicine (EBM)

La medicina basata sulle evidenze – definita «l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove disponibili, nel corso del processo decisionale clinico quotidiano» – anche in futuro avrà un ruolo chiave nell'attività clinica quotidiana. L'evidenza acquisita in primo luogo dagli studi scientifici deve servire, condensata in linee guida o direttive per il trattamento, da supporto per medici, personale di cura e altre professioni operanti nella sanità a prendere le decisioni cliniche migliori. Sostanzialmente si tratta di:

- convalidare la procedura decisionale e le misure sulla base di conoscenze scientifiche esistenti o almeno sulla scorta di dati verificati e di configurarle in modo efficace,

Con i sistemi IT collegati, l'esigenza di sistemi di incentivazione efficaci (e con scarsi effetti collaterali) e di nuovi modelli di rimborso, questa disgregazione sarà affrontata con successo e in modo ragionevole.

- sistematizzare le conoscenze elaborando strategie e strumenti e di discutere criticamente all'interno di una vasta cerchia e
- mettere un tale sapere a disposizione per la prassi clinica, per la formazione, il perfezionamento e la specializzazione nonché per la ricerca.

Una delle questioni centrali è quella della «buona evidenza». Nella medicina basata sulle evidenze, ai cosiddetti studi controllati randomizzati si attribuisce - nonostante se ne discuta anche aspramente - lo status di standard di riferimento. La critica si concentra sulla valenza del concetto «risultati significativi», che in primo luogo vanno intesi come probabilità formulata statisticamente di una connessione tra effetto osservato e causa prevista e non come «causalità effettiva». Nello stesso tempo, l'EBM non vuole bandire l'esperienza clinica come presupposto importante per la competenza clinica. Si tratta piuttosto di una ragionevole miscela costituita da evidenza sistematica derivata dagli studi, da esperienza specialistica personale dei medici, del personale di cura e delle altre professioni della sanità nonché dalle esigenze individuali e dalle preferenze dei pazienti.

Case Management

Il case management è uno strumento nato per coordinare la collaborazione. Uno strumento attraverso il quale si valuta, si pianifica, si attua, si coordina e controlla e si giudicano le opzioni e i servizi con lo scopo di soddisfare il bisogno sanitario del paziente. E tutto ciò mediante la comunicazione e con le risorse disponibili, in modo efficace sul piano della qualità e dei costi. La parola d'ordine è applicare la misura giusta al momento giusto nel posto giusto per il paziente giusto: il case manager funge quindi da pilota e da coordinatore nel sistema dell'assistenza sanitaria.

Case management non è un concetto definito in modo preciso. Sono state sviluppate e descritte diverse varianti del modello, che in parte si differenziano notevolmente in base alla prospettiva adottata (fornitori di prestazioni, assicuratori, pazienti). Una suddivisione sensata dal punto di vista del paziente, per esempio, è quella che prevede brokerage case management, case management integrato e self managed care. Queste varianti trovano applicazione sia da sole sia anche in combinazione con altre. Nel modello brokerage, al paziente individuale

viene assegnato un case manager che elabora un piano di assistenza senza condizionamenti e in modo indipendente per evitare trasferimenti e prestazioni inutili. Nel modello integrato, più completo, il case management e l'assistenza al paziente vengono riunite dal momento che il coordinamento dell'assistenza al paziente, quindi il case management, è garantito dal gruppo interdisciplinare che si occupa del caso. Nel modello self managed care, il paziente viene istruito e supportato dal case manager in modo tale che possa assumersi direttamente una gran parte del coordinamento della sua assistenza e in modo da rafforzare il suo senso di responsabilità.

Disease Management

I programmi di disease management descrivono – basandosi su conoscenze scientifiche apprezzate (EBM, Technology Assessment) – dei percorsi di assistenza e trattamento globali, integrali, che seguono la malattia in tutte le sue fasi, dalla prevenzione alla diagnosi, dal trattamento all'assistenza post-cura. I processi di disease management sono fissati in linee guida vincolanti di trattamento e assistenza che contengono anche protocolli di invio e

di trasferimento, lo scambio strutturato di informazioni (basato sulle tecnologie dell'informazione) e le misure specifiche di specializzazione e feedback.

La critica nei confronti del disease management, almeno laddove sono state fissate delle linee guida di trattamento troppo rigide, si rivolge alla standardizzazione (anche intenzionale) dei trattamenti. Soprattutto da parte dei fornitori di prestazioni si lamentano allora la svalutazione dell'esperienza clinica e l'esclusione delle preferenze e bisogni individuali dei pazienti. Il fatto che allo stesso tempo sappiamo a malapena quanta medicina è davvero basata sulle evidenze e quali interventi medici sono valutati sufficientemente dal punto di vista scientifico sottolinea l'importanza di questa critica.

Il disease management è indicato soprattutto per le malattie croniche con incidenza elevata, costi alti, marcata variabilità delle misure mediche nonché con frammentazione estesa del trattamento in molte unità di assistenza separate sul piano organizzativo. Ne sono tipici esempi il diabete mellito, patologie cardiache coronariche, ictus, asma bronchiale, ipertonia arteriosa e diverse malattie tumorali. Rispetto al case management, il

La critica nei confronti del disease management, almeno laddove sono state fissate delle linee guida di trattamento troppo rigide, si rivolge alla standardizzazione (anche intenzionale) dei trattamenti.

disease management si riferisce sempre a malattie o gruppi di malattie definiti.

Demand Management

Il demand management è costituito da sistemi di consulenza e di guida per i pazienti e per chiunque cerchi consiglio per stimare la necessità di assistenza in caso di malattia o dopo un infortunio, per eseguire un primo triage e per inviare gli interessati al centro più indicato. Occupano una posizione di primo piano i sistemi di consulenza telefonica con diversi campi d'applicazione: per esempio il controllo e l'ottimizzazione dell'accesso ai fornitori di prestazioni tramite la selezione preliminare dei quadri sintomatici e la consulenza dei pazienti in merito al corso degli accertamenti e all'urgenza. Non vengono fatte diagnosi. Nel case management, soprattutto in caso di malattie croniche, la consulenza telefonica consente di effettuare un follow-up dopo la dimissione dall'ospedale oppure il monitoraggio di sintomi specifici della malattia e, quindi, una migliore compliance dei pazienti. Presso molti servizi di consulenza telefonica, inoltre, i pazienti possono ricevere una «second opinion» (secondo giudizio) o una semplice consulenza prima di accertamenti

o interventi non in situazione di emergenza. I vantaggi essenziali dei servizi di consulenza telefonica per i pazienti sono la disponibilità in qualunque orario, l'accesso più facile e veloce alla perizia professionale medica o sanitaria senza tempi di attesa. I vantaggi per i medici e per gli altri specialisti sono la riduzione dei consulti del medico o delle visite a domicilio in situazione di emergenza al di fuori degli orari di lavoro.

Il controllo dei processi in futuro e le tesi

In futuro i processi di assistenza e trattamento saranno basati sulle evidenze in misura ancora più marcata (vogliono esserlo) e il loro controllo conterrà (dovrà contenere) una standardizzazione differenziata delle procedure (linee guida del trattamento) e incentivi finanziari bilanciati (forfait dei costi per caso). Ma non è tutto, perché accanto a questi approcci di gestione utilizzati già oggi e ottimizzabili, in futuro saranno particolarmente importanti due aspetti:

1. potenziamento della disponibilità delle informazioni rilevanti a beneficio dei fornitori di prestazioni e dei pazienti (cfr. «cartella del paziente informatizza-

ta»). I fornitori di prestazioni avranno accesso (elettronico) ovunque e in ogni momento alle informazioni dei pazienti rilevanti ai fini del trattamento e i pazienti potranno accedere in rete alla propria cartella e garantire l'accesso ai fornitori di prestazioni di propria scelta.

2. Orientamento della gestione e dell'organizzazione dei processi di trattamento sulla qualità globale di tutti i trattamenti e dell'outcome. Come dimensione qualitativa essenziale per i pazienti ma anche per i finanziatori e per la società, in futuro al centro dell'attenzione ci sarà il risultato complessivo di un processo di trattamento (e meno la qualità delle singole misure).

In particolare lo sviluppo menzionato al punto 2 imporrà nuove sfide ai fornitori di prestazioni senza distinzioni: per essi, infatti, oggi la qualità del trattamento - intesa come la percezione della propria immagine professionale - corrisponde alla loro competenza specialistica e alla qualità delle misure fornite. Il risultato complessivo corrisponde, nella propria logica, alla somma di tutte le singole misure. Non è così per i pazienti che invece, anche se la qualità del singolo accertamento o

trattamento resta importante, sono interessati in primo luogo al risultato finale di tutti gli sforzi, all'outcome e al «valore» vero e proprio dal punto di vista del paziente. Evidentemente un simile controllo - l'orientamento di tutte le misure nel processo del trattamento su un risultato complessivo - funziona soltanto con un grado di integrazione di trattamento e assistenza più alto rispetto a quello attuale. E solo con la disponibilità dei fornitori di prestazioni a rendere trasparente e accessibile l'outcome dei processi di trattamento ai pazienti.

Bibliografia

- Lawrence D. *Gatekeeping reconsidered.* *New Engl J Med.* 2001; 345:1342-3.
- Vogt, W. *Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft,* Verlag Hans Huber, Bern 2006.
- Berchtold P, Hess K. *Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz. Arbeitsdokument Nr. 16, Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan,* Neuchâtel 2006

La gestione della qualità nell'assistenza medica

KURT HESS / MARC-ANTON HOCHREUTENER

Anno 2016

Da quando sei anni fa l'Istituto qualinform@care è stato istituito, la sua importanza è aumentata enormemente. Sempre più assicurati sfruttano questa piattaforma liberamente accessibile per informarsi sulla qualità dei medici e degli ospedali e per basare la scelta di un operatore o di un ospedale sull'informazione migliore relativa alla qualità dei fornitori delle prestazioni.

L'istituto qualinform@care è sostenuto da Confederazione, Cantoni e santésuisse. Il know-how dei fornitori di prestazioni viene immesso in un comitato consultivo tramite le rispettive associazioni. Due fondazioni per l'assicurazione della qualità indipendenti (EQUAM nel campo delle prestazioni ambulatoriali e la Fondazione per la sicurezza dei pazienti per le prestazioni con ricovero ospedaliero) controllano l'indipendenza di qualinform@care, la neutralità della consulenza e la validità dei criteri di qualità applicati, che determinano l'ammissione di un fornitore di prestazioni nelle liste di raccomandazioni. Tali decisioni si fondano su tre pilastri: bagaglio di esperienza delle

reti di medici regionali (lista PPO¹), soddisfazione dei pazienti e indicatori di qualità specifici del settore, che riguardano prevalentemente la qualità dei processi, la performance e l'outcome. Di quest'ultimo fanno parte anche i numeri dei casi, la frequenza delle complicazioni, le percentuali di reintegrazione, gli score della qualità di vita specifici della malattia e via dicendo. Nel primo anno sono state elaborate le liste di raccomandazioni per cinque diagnosi, oggi siamo già a oltre sessanta. Le liste vengono aggiornate annualmente, tutti i fornitori di prestazioni possono ottenere l'ammissione alla lista di raccomandazioni di qualinform@care se soddisfano i criteri di qualità.

L'invito alla trasparenza per i pazienti nella scelta di un fornitore di prestazioni esperto si è allargato nel 2008, dopo che l'attuazione degli articoli per la qualità della LAMal si era fatta aspettare per 12 anni e nonostante gli inviti della Commissione della gestione del Consiglio degli Stati². Un tentativo di creare consenso

¹ PPO: Preferred Provider Organisation

² Lettera della Commissione della gestione del Consiglio degli Stati del 13.11.2007: Valutazione

era stato interrotto nel 2010, poiché gli incentivi per gli attori nella sanità pubblica erano così profondamente diversi da fare fallire persino una mediazione. Il radicamento di qualinform@care è stato possibile soltanto quando la Confederazione ha emanato dei valori di riferimento e dei requisiti minimi per la garanzia della qualità, quando sono stati introdotti degli incentivi flessibili e accuratamente ponderati per tutti gli attori ed è entrata in vigore la nuova ordinanza sulla base di dati. Questo ha reso possibile, tra l'altro, l'introduzione di valori del punto legati alla qualità e la promozione delle reti di medici orientate alla qualità.

Attualmente un gruppo di progetto di qualinform@care lavora a uno strumento di controllo che unisce in modo efficace le dimensioni qualitative ed economiche dell'assistenza medica aprendo per ogni nuova affezione un nuovo account del caso in forma criptata, con il quale vengono conteggiate tutte le prestazioni, da quelle erogate dal fornitore di prestazioni di base e da specialisti e ospedali fino alla riabilitazione e alla Spitem. In questo modo viene

posata la prima pietra per la valutazione del valore aggiunto, ossia dell'outcome per ogni franco investito.

La realtà del 2008

Nel campo della salute, la qualità è una grandezza difficilmente classificabile. Ogni fornitore di prestazioni, ogni gruppo professionale, ogni paziente e ogni cittadino ha attese diverse e una definizione di qualità del tutto personale. Ma nonostante questa situazione caotica, o forse proprio in ragione di essa, si fa sempre più forte l'esigenza di promuovere la qualità delle prestazioni mediche e del sistema di assistenza attraverso impulsi adeguati relativi alla gestione e, nello stesso tempo, di abbassare i rischi per il paziente sia in campo ospedaliero sia ambulatoriale. La novità è che oggi la domanda di qualità non è più affrontata solo a livello di esperti, ma viene trattata in misura crescente all'interno di un contesto sociale globale e, sempre più, anche dal punto di vista del paziente. Alcune ragioni possono spiegare questo fenomeno: ristrettezze finanziarie, esigenze che cambiano da parte di finanziatori, pazienti e popolazione, cambiamenti nell'immagine dei fornitori di prestazioni, la crescente complessità

del ruolo della Confederazione nella gestione della qualità secondo l'LAMal.

La novità è che oggi la domanda di qualità non è affrontata più solo a livello di esperti, ma viene trattata in misura crescente all'interno di un contesto sociale globale e, sempre più, anche dal punto di vista del paziente.

dell'assistenza sanitaria.

Ma cosa significa allora gestione della qualità? Se l'obiettivo comune di tutti gli attori è mantenere la qualità dell'assistenza medica - dal livello più basso dell'ambulatorio medico fino al livello di sistema della sanità pubblica - a un livello costantemente alto e abbassare i rischi per i pazienti portandoli a un «rischio residuo» sostenibile, allora prima di tutto è indispensabile chiarire le questioni relative agli impulsi per la gestione, agli strumenti di controllo e ai criteri di misurazione della qualità, perché solo ciò che si può misurare può essere diretto e controllato. Come culmine della complessità di tutta la faccenda, queste domande si pongono in modo completamente diverso nei vari livelli menzionati. E la base di dati per l'assistenza oggi non è sufficiente dappertutto. Cosa fare in questa situazione ingarbugliata?

Per quanto concerne gli impulsi per la gestione, bisogna concludere che gli incentivi per gli attori della sanità pubblica oggi sono posti in modo sbagliato se si guarda alla finalità superiore, considerazione che vale anche per gli obiettivi economici. È un punto centrale anche del catalogo

di proposte dal lato politico³ prevedere stimoli positivi per la buona qualità e possibilità di sanzioni in caso di una gestione della qualità carente. Quanto agli strumenti di controllo sono numerosi, basti citare l'EBM (Evidence Based Medicine), le linee guida, il disease management, le certificazioni o la gestione del rischio clinico (cfrt. articolo «Il controllo dei processi»). Ma colpisce il fatto che questi strumenti siano in prevalenza destinati agli esperti o creati per gli specialisti. E che le definizioni di qualità alla base di tutto questo spesso siano poco comprensibili per i pazienti. Anche nei criteri di misurazione della qualità si constata che il metro di misura spazia dai più semplici sistemi di indicatori di alcune caratteristiche strutturali o processi ambulatoriali fino agli indicatori complessi dei risultati clinici, e questi ultimi sono ancora una volta prevalentemente specialistici. Nella misurazione della qualità il corpo dei medici, in virtù della sua immagine professionale, fa tutto il possibile per puntare sulla sola autodichiarazione e per evitare che gli sguardi esterni abbiano

³ Commissione della gestione del Consiglio degli Stati: comunicato stampa 16.11.2007

accesso alle sue carte.

Uno dei più importanti sviluppi degli ultimi anni è la «scoperta» della gestione del rischio clinico, in pratica la promozione della sicurezza dei pazienti. Anche questo non è una vera novità. Tuttavia la consapevolezza di questo aspetto è in crescita, poiché gli studi negli anni Novanta hanno dimostrato quanto sia aumentata la problematica dei danni dovuti agli errori. E anche perché la crescente complessità delle possibilità mediche porta con sé, oltre a un incremento dei benefici, anche un aumento dei rischi. Si tratta di venire meglio a capo di quei rischi ai quali i pazienti sono esposti attraverso il trattamento e il modo in cui funzionano le istituzioni. Si riconosce che le istituzioni sanitarie commettono errori e provocano danni inutili dai quali si può imparare. In questo campo vengono a crearsi numerosi nuovi approcci specifici. Solo qualche esempio: sistemi di segnalazione degli errori, metodi di analisi degli errori, metodi di sviluppo culturale orientati alla cultura della sicurezza, sistemi di gestione del rischio. In ultima analisi, la gestione del rischio clinico è parte della gestione della qualità. Dal punto di vista del paziente ne costituisce la parte essenzia-

le, dal momento che si tratta di evitare con tutti i mezzi i danni ai pazienti, prima ancora di riflettere su altri aspetti dello sviluppo della qualità.

Ma la babele della situazione descritta all'inizio è la realtà: società di categoria e di medici, ospedali, cliniche, gruppi di ospedali, autorità, associazioni, terzi indipendenti: tutti si sforzano in misura differente a reinventare la qualità, 26 Cantoni corrispondono a 26 interpretazioni diverse. E tutti mettono sotto i riflettori un concetto differente di qualità, che troppo spesso ignora proprio quei protagonisti della sanità pubblica dei quali si occupa per sua stessa natura l'assistenza medica. Ovvero i pazienti. Anche in considerazione degli enormi costi così generati, questo approccio all'applicazione dell'articolo 58 della LAMal⁴ deve essere considerato inadeguato. A questa conclusione sono arrivati, nell'autunno del 2006, anche l'OECD e l'OMS nel rapporto sulla sanità svizzera. Con tutta la simpatia per un federalismo sano, c'è urgente bisogno di unire le forze e di condizioni quadro uniformi per garantire la qualità e la

⁴ Articolo 58 (Garanzia della qualità) della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Si tratta di venire meglio a capo di quei rischi ai quali i pazienti sono esposti attraverso il trattamento e il modo in cui funzionano le istituzioni.

sicurezza dei pazienti.

Cantoni e Confederazione possono e devono esercitare il controllo ponendo condizioni quadro uniformi quali valori di riferimento per la definizione della qualità delle prestazioni e del sistema, incentivi per il miglioramento della qualità, promozione delle reti di medici orientate alla qualità e dei progetti per la qualità, definizione di requisiti minimi per la garanzia della qualità e per la qualità dell'assistenza.

Tesi

1. Qualità del sistema: nel 2006, l'OECD riconosce alla Svizzera un'assistenza medica qualitativamente buona rispetto agli altri Paesi. Nel prossimo rapporto potrà fare poco più se la Confederazione non afferra la sua competenza e responsabilità per gestire la qualità dell'assistenza e della sicurezza dei pazienti
2. Promozione della qualità: alcune reti di medici si orientano in modo coerente (anche) alla qualità del servizio, ma l'impegno richiesto dalla garanzia della qualità non è irrilevante. Promuovendo i modelli di assistenza orientati alla qualità e sostenendo i progetti di qualità innovativi, la Confederazione ha a

portata di mano gli strumenti per generare buona qualità a costi sostenibili.

3. Trasparenza: non si riesce a capire perché l'acquisto di un aspirapolvere qualsiasi debba richiedere più trasparenza ed evidenza dell'acquisto di un dispositivo medico che riguarda il mio corpo, la mia mente o addirittura la mia vita

Bibliografia

- *Milstein A, Lee T. Comparing Physicians on Efficiency. New Engl J Med. Dec. 2007; 357; 2649-52*
- *Hess K. Qualitätsrahmen: Der Bund ist gefordert. Interview mit Heim B (SGK-N), Indra P (BAG), Kappeler O. (FMH). Managed Care 3/2007*
- *Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG. Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates, 5. September 2007*
- *Eisenring C, Hess K. Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxis: Arbeitsdokument Nr. 8, Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan, Neuchâtel 2004*

Epilogo

PETER BERCHTOLD / KURT HESS

I nostri contributi sul managed care hanno presentato da un lato un quadro visionario, ambientato nel futuro, e dall'altro lo status quo relativamente ad alcuni campi essenziali dell'assistenza sanitaria. Il compito di colmare e controllare la necessità di sviluppo che separa questi due momenti, in parte davvero considerevole, non può essere affidato solo alle forze di mercato: oggi non esiste un'economia di mercato nell'assistenza sanitaria in grado di intervenire con una funzione di regolazione in caso di evoluzioni sbagliate. Si richiedono quindi degli impulsi esterni che guidino nella giusta direzione. Meglio ancora, c'è bisogno di affermare dei meccanismi orientati all'economia di mercato.

Ecco quindi che si impongono due differenti domande. La prima riguarda la «direzione desiderata», che in verità dovrebbe essere definita con il consenso di tutta la società: la determinazione degli obiettivi della sanità pubblica dal piano della fornitura di prestazioni fino al livello di sistema dell'assistenza. Anticipando una (supposta) incapacità di consenso in queste questioni complesse, negli scenari del futuro abbiamo formulato in modo per così dire «sussidiario» una condizione degli obiettivi

orientata su postulati qualitativi ed economici indiscussi. Si tratta delle richieste di un coordinamento efficace e dell'integrazione all'interno della catena del trattamento, di un orientamento al paziente, di trasparenza, di qualità dei risultati e - dove esiste - di scientificità delle prestazioni mediche erogate. La seconda questione riguarda invece gli «impulsi esterni». In tutti i nostri contributi (su livello di processo degli strumenti di controllo, livello di sistema dei modelli di assistenza, collegamento dell'assistenza, qualità medica e gestione del rischio clinico) si chiamano in causa incentivi e sistemi di incentivi.

Conformemente ai due gruppi di questioni, si delineano due categorie di postulati che mirano a un'assistenza sanitaria futura ottimizzata: postulati della definizione degli obiettivi (lo stato degli obiettivi) e postulati della strategia (la via per arrivarci). In ognuno dei contributi, questi postulati sono stati espressi sotto forma di tesi concrete. Il Forum Managed Care intende quindi dare un contributo agli attuali dibattiti che riguardano la questione di una gestione futura dell'assistenza sanitaria.

Autori

PD Dr. med. Peter Berchtold

Responsabile College-M
Presidente Forum Managed Care
Freiburgstrasse 41, CH-3010 Berna
peter.berchtold@college-m.ch
www.college-m.ch
www.fmc.ch

Dr.med. et lic. oec. Kurt Hess

Consulenze nella sanità
Vicepresidente Forum Managed Care
Membro della commissione Fondazione
EQUAM
Grossmünsterplatz 1, CH-8001 Zurigo
kurt.hess@hin.ch
www.fmc.ch
www.equam.org

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

Direttore Fondazione per la sicurezza dei
pazienti
Asylstrasse 41, CH-8032 Zurigo
hochreutener@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch

Dr. med. Andreas Weber

Presidente mediX schweiz
Sumatrastrasse 10, CH-8006 Zurigo
andreas.weber@medix.ch
www.medix.ch

Dr. rer. pol. Werner Widmer

Direttore della fondazione Diakoniewerk
Neumünster
Schweizerische Pflegerinnenschule
Trichtenhauserstrasse 24
CH-8125 Zollikerberg/Zurigo
werner.widmer@
diakoniewerk-neumuenster.ch
www.diakoniewerk-neumuenster.ch

FORUM MANAGED CARE

Chi siamo

Il Forum Managed Care riunisce le istituzioni e gli attori coinvolti nella gestione dell'assistenza sanitaria sul piano qualitativo ed economico.

I nostri obiettivi

Il Forum Managed Care costituisce la piattaforma privilegiata per lo scambio di esperienze sugli strumenti e i concetti relativi alla gestione dell'assistenza sanitaria e ne promuove la conoscenza, l'accettazione e la diffusione.

Maggiori informazioni sul sito www.fmc.ch

I nostri partner d'oro



CONCORDIA



HELSANA



meconex



pharmaSuisse



sanitas

sanofi aventis

suva



I nostri partner

argomed Ärzte AG
H+

GlaxoSmithKline
MediService AG
med-swiss.net

Centro svizzero di
telemedicina MED GATE

PonteNova

Sandoz Pharmaceuticals AG
thurcare AG