Appunti dr. Pasquale Longobardi

Health Care Summit, Sole 24 Ore, Milano 14 maggio 2012

Nota: le presentazioni dell'evento formativo saranno disponibili su www.formazione.ilsole24ore.com/healthcare2012 (dal 21 maggio)

Tavola rotonda A. *Le regole centrali e periferiche, la gestione del paziente: regionalizzazione del Servizio Sanitario e federalismo fiscale; il riassetto del Servizio Sanitario Nazionale e la collaborazione pubblico/privato; i livelli assistenziali, evoluzioni e soluzioni; la governance delle strutture sanitarie pubbliche.*

Alberto De Negri – Partner KPMG Responsabile Healtcare: "Il Piano della Salute: il bisogno di cura e le esigenze di contenimento dei costi"

L'obiettivo è individuare margini di recupero di inappropriatezza e inefficienza. E' necessario accelerare l'analisi delle azioni strutturali per evitare che i tagli, che sono urgenti ,vengano effettuati rapidamente senza basarsi sulle evidenze.

Una giornata di degenza media equivale a 1000 / 1200 posti letto per una Regione di media dimensione. C'è molta disparità, nella osservazione reale, tra diverse realtà.

Per le specialità di base (3100 discipline) sono previsti 120 minuti di assistenza infermieristica per paziente al giorno. Si potrebbe rivedere questo parametro? Circa il 1000 unità operative (> 30%) hanno meno di 20 posti letto. In Regione (non citata) il 70% delle unità operative ha meno di 20 posti letto (addirittura il 40% ha meno di dieci posti letto). Si potrebbero riorganizzare i reparti, per ottimizzare le risorse?

Filippo Palumbo – Capo Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute

La Sanità in Italia è orientata a migliorare la capacità produttiva dei servizi e a migliorare i percorsi di cura e assistenza. La macchina sanitaria produce migliaia di processi (come una Ditta che producesse migliaia di prodotti): il controllo dell'efficienza si deve basare sulla razionalizzazione dei percorsi.

Ci sono state tre fasi per la riorganizzazione della Sanità: decreto 56/2000; decreto 98/2011 e uno in atto. In comune hanno la responsabilizzazione di chi eroga Sanità. I risultati sono buoni, c'è un miglioramento in atto.

La Finanziaria ha previsto minore spesa per servizi, dispositivi medici e farmaci (tre miliardi) e l'aumento dei ticket (due miliardi). Il nuovo patto per la Salute (2012) prevede l'accelerazione della razionalizzazione sui beni e servizi (tutto ciò che non è personale): è previsto un taglio di 1,5-2 miliardi di euro. C'è l'impegno a standardizzare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le unità operative. In termini di federalismo fiscale sono introdotti premi e sanzioni importanti per governare il processo di standardizzazione.

Carlo Lusenti – Assessore Sanità Regione Emilia Romagna

Il tavolo per la definizione del Patto della Salute era partito nel 2011 con entusiasmo ("l'ottimismo della volontà") per poi rallentare. L'applicazione dell'articolo 17 del Decreto 111 doveva avvenire entro il 30 aprile 2012 e non è successo.

La Finanziaria ha previsto un taglio dei finanziamenti alle Regioni di venti miliardi tra il 2012 e 2014 e si prevede un ulteriore taglio di 1,5-2 miliardi di euro: è insostenibile per la tenuta del Servizio Sanitario. Viene richiesta la cessione della capacità decisionale delle Regioni in materia sanitaria in cambio di ulteriori finanziamenti (Piano di Rientro).

La dirigenza della Regione Emilia Romagna è in grado di tagliare la spesa, il problema è politico: quale Sanità vogliamo?. Si vuole retrocedere ai livelli assistenziali della Grecia? I fondamentali etici, dei diritti del paziente sono fuori discussione, si tratta di definire dove vuole dirigersi il Paese. Se la scelta fosse regressiva sui livelli di copertura che il SSN vuole garantire (taglio di due miliardi), l'Emilia Romagna saprebbe come agire perché non vuole subire scelte di altri (il Piano di Rientro) ma i tagli sarebbero diffusi su tutti (pazienti, erogatori di prestazioni sanitarie e Ditte che producono dispositivi biomedicali, molto attive in Emilia Romagna).

Luciano Bresciani – Assessore Sanità Regione Lombardia

Negli ultimi dieci anni si è lavorato per individuare le aree dove tagliare i costi (conoscere). Nell'ultimo anno è stata richiesta l'accelerazione dei tagli. Questo richiede il ricorso ai costi standardizzati, a tagli longitudinali e indiscriminati. Si colpisce la Lombardia che ha i costi per servizio più bassi in Italia, costringendo a non rispettare i LEA senza guardare a Regioni che hanno, invece, costi impropri elevati.

Un paziente, immediatamente dopo la fase acuta o sub-acuta (che deve essere breve), dovrebbe essere rapidamente trasferito in un'area dei pazienti cronici e poi sul territorio. Tra un assetto di cura e l'altro ci deve essere trasferimento

digitale delle informazioni. Un paziente cronico costa 2,5 milioni di euro: il 48% di questi costi è dovuto a ricoveri che potrebbero essere ridotti. Se si abbattessero del 20% i ricoveri per i pazienti cronici si avrebbero seicento milioni di euro da utilizzare per ridurre i tagli. Purtroppo non per investire, come sarebbe necessario.

Massimo Scaccabarozzi – Presidente Farmaindustria

La spesa per farmaci è il 16% della spesa sanitaria nazionale. Le Ditte farmaceutiche sopravvivono grazie all'esportazione (60% del fatturato). In Italia, per un mercato farmaceutico con un valore stimato di dodici miliardi di euro, l'Industria ne ha ricevuti undici. Le Ditte farmaceutiche hanno subito quaranta manovre di taglio. E' in arrivo un ulteriore taglio sulla spesa farmaceutica di un miliardo di euro. Se ci fosse un aumento dell'IVA, ci sarebbe un ripiano di 450 milioni di euro. Eppure si potrebbe tagliare sui costi della degenza (circa 800 – 1000 euro al giorno). Obbligare i medici alla prescrizione del farmaco a costo più basso per categoria, vale 800 milioni di euro: quindi, con la giusta contabilizzazione, il miliardo di euro di tagli sarebbe già stato trovato. Se la manovra economica non venisse corretta, venti Aziende farmaceutiche italiane sarebbero costrette a delocalizzare (produrre all'estero). La Lombardia sarebbe una delle Regioni che ne soffrirebbe maggiormente (perché è dove è localizzata la maggior parte delle Ditte farmaceutiche che fanno ricerca e producono). La ricerca clinica (fase 3) sta sparendo in Italia e sempre di più andrebbe localizzata all'estero.

Gino Gumirato – Direttore Amministrativo AUSL Modena (consigliere del Presidente Obama per la riforma sanitaria in USA)

I costi della Sanità italiana sono sotto controllo e inferiori a quelli della Germania, Regno Unito, Svezia. La quota capitaria per cittadino, all'interno dei LEA, è inferiore in Italia rispetto agli altri Paesi europei. Negli USA dove il cittadino è libero di scegliere e il Servizio Sanitario pubblico è debole, i costi sono molto più elevati. La spesa farmaceutica è molto più elevata negli USA. La giustificazione che i costi per la ricerca negli USA è maggiore che altrove, non regge perché i farmaci sono venduti in tutti il mondo e i costi della ricerca spalmati.

Nel Piano Sanitario si sono dei pregiudizi politico istituzionali. Per esempio l'aumento dell'IVA andrebbe sterilizzato altrimenti si genera un costo inutile. L'Ausl di Modena paga undici milioni di euro per tasse che sono ripianati dalla Regione Emilia Romagna, la quale per pagare questi soldi riduce gli

investimenti alla crescita per la Ausl Modena. In altri Paesi europei esistono accorgimenti fiscali per ridurre l'impatto del costo fiscale (tasse).

Sarebbe preferibile evitare di tagliare la spesa farmaceutica o l'investimento sulla produzione (si è parlato di tagli per le strutture complesse). La Sanità privata dovrebbe consorziarsi: se la Ausl Modena che vale 1,5 miliardi di euro, sarà sempre vincente fin quando negozierà con 150 Aziende private che, complessivamente, valgono cinque milioni di euro.

Tavola rotonda B: *appropriatezza della cura; politiche di accesso di nuovi farmaci e soluzioni terapeutiche innovative; complessità del sistema regolatorio e sue ricadute sul Sistema Sanitario.*

Antonio Irione – Advisory Life Science Leader Ernst & Young in Italia

L'ecosistema Sanità si basa su alcuni fattori: le norme e leggi; le esigenze dei pazienti; i risultati (outcome). Quando una Ditta produce un farmaco, per esempio ipertensivo, lo vende insieme alla promessa di curare l'ipertensione (out come). Oggi è possibile prevedere e misurare gli out come.

I costi della Sanità in Italia sono inferiori che in altri Paesi. Eppure la spesa sanitaria incide sul PIL meno che in altri Paesi. L'innovazione è lenta: l'Italia ha la più bassa percentuale, in Europa, di nuovi farmaci lanciati in commercio (farmacie). L'equazione virtuosa è: più farmaci con generino migliori outcome e , quindi, minore spesa (+F = +O –S). Se si confronta farmaco innovativo verso farmaco a basso costo è logico che il farmaco nuovo sia più costoso. Il confronto deve considerare altri parametri come, per esempio, gli anni di vita guadagnati, la qualità della vita per anno guadagnato. La scelta è politica: altrimenti i confronti non reggono (modelli chiari).

Valore = benefici/costi = Health outcomes / spesa *(sia diretta che indiretta, per esempio: giorni di lavoro persi)*

Si potrebbe fare un patto tra Servizio Sanitario e Ditte: se il risparmio promesso con l'introduzione di un nuovo farmaco non si verificasse, la Ditta dovrebbe pagare l'equivalente del mancato risparmio atteso. Per attuare il patto serve un modello di Health Technology Assessment condiviso tra SSN, SSR e Ditte.

Giorgio Foresti – Presidente Assogenerici

Monti deve recuperare 4,2 miliardi di spesa, è verosimile che si inciderà anche sulla spesa sanitaria. E' necessario un tavolo di discussione che permetta di

individuare dove applicare i tagli, altrimenti questi saranno applicati solo sui farmaci generici.

Palmisano Riccardo – Vice Presidente Assobiotec

Cominciamo con il chiarire che il farmaco è un valore, non un costo. Il miglioramento della qualità della vita in Italia è dipeso da diversi fattori (alimentazione, altro) ma anche dalla ricerca sul farmaco. E' necessario un tavolo unico di discussione dove, partendo dal concetto del contenimento dei costi, si cerchino soluzioni comuni (pubblico/privato) per il raggiungimento dell'obiettivo (contenimento dei costi con attenzione al miglioramento della qualità della vita). Altrimenti si procede solo per accordi di sconto sulla tariffa.

Fulvio Luccini – Head of Market Access & Territory Accounts Novartis Farma

L'HTA è il "mistero di Fatima": un buon processo di HTA fa fatica ad essere replicato in tutte le Regioni, ognuna vuole attuare il suo proprio processo di HTA. Oggi ci sono diversi livelli di accordo: finita la negoziazione con AIFA, inizia la negoziazione con le Regioni (ventuno sistemi sanitari regionali diversi che non si parlano e non dialogano con AIFA). Si è in attesa del nuovo algoritmo per la crescita elaborato da AIFA. Da qualche anno esiste un registro che permette di valutare gli out come. Nonostante gli outcome positivi di alcuni farmaci (l'innovazione ha permesso di migliorare la qualità della vita e ridurre la spesa) è stato deciso comunque di introdurre il tetto indiscriminato alla spesa farmaceutica.

Arturo Zanni – Amministratore Delegato e Direttore Generale SANOFI

Carlo Erba, Schiapparelli hanno iniziato la produzione del farmaco in Italia sin dal 1800. C'è una importante tradizione in tale settore industriale. Le complessità normative, che cambiano Regione per Regione; la difficoltà sulla ricerca sugli animali ha spinto la ricerca farmacologica all'estero. La SANOFI è oggi a capitale francese. Lo scenario attuale vede lo Stato orientato ai tagli alla spesa, le Ditte pronte a rispondere con la delocalizzazione. La sfida è individuare soluzioni che permettano di crescere (attrarre capitali), innovare, offrire opportunità ai giovani ricercatori in tempi di crisi. Altrimenti le multinazionali decideranno di investire, per esempio, in India per la ricerca. Questo impatterebbe negativamente sul PIL, generando un circolo vizioso che porterebbe a ulteriori tagli. Il ministro Passera è consapevole di questo rischio. Purtroppo l'Italia è come un paziente critico che necessita di una cura intensiva. La fase acuta sta diventando perenne, non si riesce a passare a una fase

cronica dove il malato sia stabile e sia possibile adottare misure per favorire lo sviluppo della crescita.

Marco Campari – Senior Advisor PwC "Le tre sfide per la sostenibilità del SSN: trasparenza, governance, ruolo del privato"

Con il D.Lgs. 883/1978 si pongono le fondazioni del Servizio Sanitario Nazionale con i principi di universalità di accesso ed uguaglianza. Nasce il Comitato di Programmazione Sanitaria Nazionale che monitorizza l'applicazione della Legge e ne corregge gli effetti.

Con il D. Lgs 502/1992-93 si introduce il concetto di Azienda Sanitaria. Nascono le Ausl, sono introdotti i DRG.

Nel 2001 è attuata la riforma costituzionale del titolo V: viene data la responsabilità alle Regioni con potestà legislativa "concorrente". Attualmente ci sono ventuno diversi modelli di gestione della Sanità (ogni Regione procede per proprio conto) mentre ci sarebbero dovuti essere ventuno Servizi Sanitari Regionali orientati tutti verso un modello unico efficace ed efficiente.

Nel 2012 c'è la sfida per una ulteriore riforma necessaria per il contenimento dei costi. Questa riforma deve basarsi sulla trasparenza: è necessario conoscere i dati; valutare l'appropriatezza, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni sanitarie per elaborare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di equilibrio economico. Le informazioni devono essere condivise, i cittadini sono maturi per comprendere i dati su dove la sanità sia meglio erogata.

C'è resistenza nella raccolta e nella condivisione dei dati; c'è bassa tempestività, completezza e qualità nella gestione dei dati. Per esempio, quanto stiamo investendo sul Territorio (assistenza Socio Sanitaria)? E' vero che si vogliono spostare gli investimenti dal ricovero ospedaliero all'assistenza Socio Sanitaria sul Territorio ma quante risorse?

La seconda sfida è la Governance. Il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale necessita di manager preparati, responsabili e ben pagati (altrimenti i migliori dirigenti lavorerebbero per le società di consulenza.

Per applicare il costo standard sono necessarie informazioni e dati, altrimenti si parla di finanziamento standard.

In Italia il pubblico non investe: stanziamenti ordinari azzerati e stanziamenti straordinari molto ridotti (art. 20 L. 67/87). Se non si investe, si intacca il patrimonio (perché deperisce, in mancanza di manutenzione).

Nel rapporto con il privato c'è incapacità del pubblico di definire le prestazioni da acquistare al privato; gli accordi con il privato sono in costante ritardo; c'è un vasto contenzioso. E' tempo di passare da un modello di concorrenza verso un modello di integrazione tra pubblico e privato. Per ottenere questo il pubblico deve rendere disponibili i dati (trasparenza) e concordare con il privato gli obiettivi (programmazione, governance). E' necessario dare priorità all'area più critica: la Sanità Territoriale.

Tavola rotonda C. *Il paziente tra ospedale e Territorio: quali esperienze e opportunità per la gestione ottimale del paziente. Il ruolo del Medico di Base, del Medico Ospedaliero e della Farmacia*

Giacomo Milillo – Segretario Generale Nazionale Fimmg

La medicina dell'iniziativa ha dimostrato la sua importanza: in Piemonte ha permesso la riduzione del ricovero ospedaliero per diverse patologie. Il Medico di Base ha un ruolo fondamentale in Sanità ma deve lavorare in gruppo e non come solista (autoreferenziale). L'obiettivo è la "assistenza sartoriale" centrata sui bisogni del singolo paziente. E' necessario definire un percorso tra medicina sul Territorio e Ospedale, in base al quale il Medico di Base possa relazionarsi con pochi e definiti Medici Ospedalieri (non uno qualsiasi di centinaia di medici che lavorino nell'Ospedale) ponendo un quesito clinico e ricevendo una risposta.

Per esempio, nel tumore al seno il medico solista – pur sapendo l'importanza della prevenzione – potrebbe dimenticare di parlare alla paziente donna della prevenzione. Oppure potrebbe prescrivere la mammografia ma dimenticarsi di valutare l'esito (Medicina delle Opportunità). Nella medicina di gruppo, un medico si deve occupare di valutare i risultati (outcome). Lo stesso vale per altre patologie come il diabete, le ulcere cutanee.

Nel rapporto inter-professionale (medico, infermiere) è importante concordare la suddivisione dei compiti (chi fa / che cosa): deve agire chi sa fare (indipendentemente dalla qualifica professionale) ed è necessario monitorizzare i risultati (outcome). La sfida è individuare la migliore assistenza sanitaria che permetta di allungare la vita vissuta in buona salute, il che consentirebbe di ridurre la spesa sanitaria.

Annarosa Racca – Presidente di Federfarma

La normativa prevede una "Farmacia dei Servizi" che abbia una stretta collaborazione tra il farmacista e il Medico di Base, per la erogazione capillare dei farmaci, per le attività di screening, per la collaborazione nei percorsi di diagnosi e cura. L'evoluzione è verso una Farmacia di iniziativa (lavoro di

gruppo con i Medici di Base e altri attori). La Farmacia è essenziale nel contribuire, a livello nazione, al contenimento della spesa farmaceutica. C'è attenzione alla trasparenza. Federfarma desidera un contratto nazionale (in attesa di rinnovo da diciotto anni) che preveda l'erogazione capillare, presso le Farmacie, anche dei farmaci attualmente erogati solo a livello ospedalierio (perché ad alto costo).

Walter G. Locatelli – Direttore Generale ASL Milano, Vice Presidente FIASO

FIASO ha attivato il laboratorio "Governo del Territorio" che ha analizzato, in una prima fase, i dati di produzione. La seconda fase è orientata a individuare gli indicatori per misurare la continuità Ospedale - Territorio. L'analisi ha evidenziato che i pazienti, specialmente quelli cronici, percepiscono l'esistenza di tale continuità anche se ritengono che necessiti di essere implementata.

In Milano trecentomila anziani tra i 70 e gli 80 anni ("giovani anziani"), il 30% della popolazione, sono potenziali portatori di patologie croniche. Servono dei percorsi quali l'utilizzo, come Presidi sanitari sul Territorio, delle Farmacie per lo screening, la prevenzione di tali patologie, l'informazione (dove curarsi). Altro percorso coinvolge i Medici di Base.

Rosanna D'Antona – Presidente Europa Donna

"Europa Donna" è l'Associazione delle Donne che promuove la prevenzione e la cura del tumore al seno. Gli interlocutori sono le Istituzioni (Ministero della Salute, Assessorati alla Salute regionali); i clinici; le donne. La strategia è di agire come "influenzatori" che suonano il campanello di allarme di fronte ad evidenti fattori di rischio al fine di ottenere la risposta delle Istituzioni. Il rischio maggiore è per le donne tra i 50 e i 60 anni. Secondo stime della Unione Europea servirebbero, in Italia, trenta Centri di senologia dove la donna colpita da questa malattia sia seguita per tutti gli aspetti: ce ne sono molto meno.

Sta per essere attivato un portale dove la donna possa individuare il proprio bisogno di cura; ottenere informazioni sulla patologia; conoscere il Centro di senologia a lei più vicino. Questo progetto è importante perché la corretta prevenzione e la cura precoce permette la sopravvivenza nel 90% dei casi.

Tavola rotonda D. "Cloud in Sanità: l'Evoluzione della Specie"

Paolo Balboni – Cloud Computing Sector Director e Responsabile Affari Esteri Istituto Italiano Privacy, Socio Fondatore ICT Legal Consulting

Cloud: messa a disposizione di informazioni ed elaborazione dati. Il modello Cloud migliora la sicurezza dei dati (se ben gestiti) e favorisce l'interoperabilità e la portabilità dei dati.

Le risorse in Sanità non possono essere aumentate, si deve ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili. Il modello "Cloud" permette alle Aziende di disporre di risorse sulla base delle proprie necessità, nell'ambito di una rete che garantisca la disponibilità delle informazioni 24 ore su 24. Per ottenere questo è necessaria la standardizzazione dei dati. Carestream Vue Clouds (www.carestream.com/cloud) gestisce due Petabytes di dati, in particolare le immagini radiologiche. Vi sono evidenze di risparmio di costo del 25% rispetto alla gestione in proprio delle informazioni.

Carlo Faletti – Direttore Dipartimento Interaziendale CTO, M. Adelaide, OIRM e S. Anna di Torino

La gestione delle immagini è in subordine alla definizione di percorsi di diagnosi e cura, essenziali per il controllo della spesa sanitaria (p.es. smaltendo le liste di attesa attraverso la eliminazione delle richieste inappropriate). Più che aumentare la capacità di fornire immagini, è importante l'abilità di sintesi del radiologo nell'archiviare le immagini più significative nel CD che raggiunge il medico non specialista (Medico di Base).

Giovanni Hoz – Direttore Sistemi Informativi Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma

Nel Policlinico Gemelli di Roma vengono eseguite settecentomila indagini radiologiche per anno. Ogni studio prevede diverse immagini. La gestione di tali informazione era diventata complessa. Si è deciso di gestire all'interno le immagini acquisite negli ultimi diciotto mesi e di delegare all'esterno l'archiviazione dei dati più vecchi (storicizzazione). Questo ha permesso un significativo risparmio di costo per investimento (le macchine appartengono al fornitore esterno). Si è orientati a estendere il modello "Cloud" anche alle immagini più vecchie di sei mesi, ai dati di laboratorio e contabili. Ciò permetterebbe al Policlinico di gestire tutte le informazioni con solo tre-quattro operatori di Cloud mollto specializzati.

Le informazioni in Sanità sono considerate "dati sensibili". Il garante per la Privacy ha autorizzato l'invio delle informazioni in due Centri di elaborazione dati in Germania e Svezia (nell'ambito della Unione Europea). Non è possibile la gestione dei dati in Paesi extracomunitari (come l'India) dove i costi sarebbero ancora più bassi. Le informazioni sono fruibili in tempo reale.

Fabio Tigani – HCIS Business Manager Southern Europe and Iberia Carestream Health

L'attuale impianto normativo per il Cloud è inadeguato. La Unione Europea sta elaborando una normativa per il Cloud Computing che sarà pronta dopo l'estate 2012. La Privacy è normata da una Direttiva del 1996 ed è in atto una revisione in Europa che sarà pronta nel 2014: l'articolo 81 della nuova normativa permetterà il Cloud Computing in Sanità.

Nel Cloud Computing il servizio è erogato da una serie di fornitori di servizi (non uno solo). Il rischio della violazione della privacy dei dati sensibili è scongiurato dal fatto che la gestione dei dati avviene secondo protocolli ben definiti e il fornitore del servizio sa sempre dove siano gestiti e archiviati i dati. Siccome il processo di Cloud è basato sulla standardizzazione del processo come strumento per ridurre i costi, è difficile personalizzare i contratti. Sarà quindi necessario che il Garante per la Privacy, adotti le seguenti precauzioni per l'uso del modello Cloud:

- Individuare i ruoli per la privacy: titolare e responsabile del trattamento dati
- Individuazione della tipologia di dati da migrare
- Individuazione dell'ambito di trattamento
- Individuazione della composizione e struttura del cloud
- Valutazione dell'ambito di circolazione dei dati
- Valutazione dei rischi e delle garanzie (Privacy Agreement)
- Strumenti di gestione del rischio.

Tavola rotonda E. "Focus ICT in Sanità: i piani dell'E-Gov e il valore aggiunto della Sanità in rete": *le reti oncologiche*

Armando Trivellato – Area Sales Vice President Italy & Iberia Polycom

La ICT permette di gestire la Sanità a distanza e questo permette di ampliare le possibilità di intervento.

Gianni Amunni – Direttore Generale Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica IPSO

La telemedicina, la Sanità in rete non sono strutture operative ma enzimi che accelerano i processi gestionali che le Regioni adottano. In Toscana per rete si

intende una serie di strutture operative: ovunque il paziente acceda alla rete, viene condotto verso il luogo appropriato per la cura. I comportamenti dei professionisti sono costantemente monitorati in ogni nodo della rete, secondo indicatori che gli stessi professionisti hanno individuato. L'integrazione avviene attraverso diversi strumenti: ogni martedì tutti gli oncologi della rete, sono collegati tra loro attraverso videoconferenza; Registro dei Tumori; altro.

Il sistema funziona quando siano rispettati i seguenti punti di vista. L'utente deve percepire di ricevere la migliore assistenza possibile, partendo dall'accoglienza a lui più vicina. Il professionista deve sentire la propria appartenenza a una rete di professionisti che lo motivi nel lavoro. Il Sistema Sanitario Regionale deve essere certo della appropriatezza delle prestazioni erogate e della ottimizzazione delle risorse umane, dei beni e servizi.

Massimo Mangia – Responsabile E-Health Federsanità ANCI

Mentre per gli esperti in ICT questa è uno strumento fondamentale per la Sanità, per i medici la ICT è solo uno strumento che deve aiutare il loro lavoro. E' difficile valutare l'entità del risparmio che possa essere indotto dalla ICT, a prescindere dal modello gestionale applicato. Prima di parlare di informatizzazione e tecnologia in Sanità, è necessario parlare di modelli gestionali in Sanità.

Fernanda Gellona – Direttore Generale Assobiomedica

Una prestazione sanitaria si connota anche in base a quale dispositivo sanitario venga utilizzato. L'ottimizzazione dei costi è possibile solo attraverso la definizione di percorsi di diagnosi e cure in particolari per i pazienti cronici, la definizione di tariffe condivise. L'ideale sarebbe la definizione dei "DRG territoriali". E' importante che le Istituzioni collaborino con chi produce i dispositivi medici, per la definizione di una sinergia comune verso l'utilizzo al meglio di strumenti che hanno enormi potenzialità.