

OSSERVATORIO  
NETICS

# Scenari di Sanità Digitale 2015



Paolo Colli Franzone  
Osservatorio Netics

## Perché, questi Scenari:

- per analizzare i trend di evoluzione del SSN e capire dove e in che misura le tecnologie dell'informazione possono agire da facilitatore/acceleratore dei processi di razionalizzazione in Sanità
- per dar modo a Stato e Regioni di disporre di una panoramica rispetto alle possibili opzioni di innesco di circuiti virtuosi di partenariato pubblico-privato, partendo dai bisogni effettivi della sanità italiana

## I sostenitori dell'iniziativa

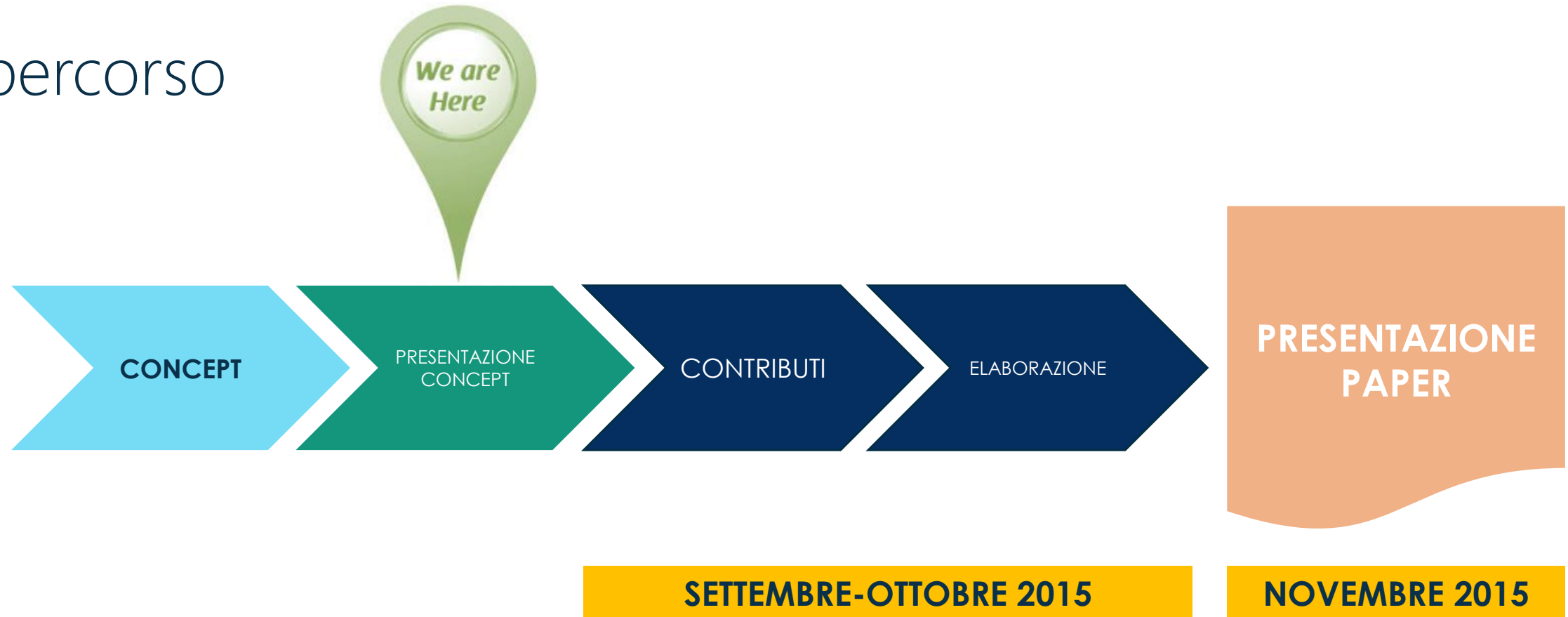
accenture



IBM



## Il percorso



## Premessa: i trend di evoluzione della sanità (1)

### Causa

#### **Consumerizzazione**

Pazienti sempre più consapevoli si aspettano maggiore qualità dei servizi che ricevono

#### **Trasparenza - Conoscenza**

I pazienti sceglieranno le strutture e i professionisti sulla base della loro reputation e dei risultati effettivamente raggiunti

### Effetto

**Aumento della competizione fra fornitori di servizi sanitari**

**Privato in competizione col pubblico**

## Premessa: i trend di evoluzione della sanità (2)

### Causa

#### **Digital Life Style**

Pazienti sempre più connessi  
«pretenderanno» servizi online  
anche in ambito sanitario



### Effetto

**Forte cambiamento dei sistemi e delle modalità di interazione fra cittadini/assistiti/pazienti e operatori afferenti al SSN**

**«Rigetto» delle strutture sanitarie che non si mettono al passo coi tempi**

Premessa: i trend di evoluzione della sanità (3)

## Causa

**Integrazione dei servizi sanitari**  
(ricerca di maggiore efficienza,  
integrazione ospedale-territorio,  
ridisegno della rete ospedaliera,  
ecc.)



## Effetto

**Ruolo centrale della cura  
primaria (gatekeeper sanitario)**

**Creazione di network sanitari  
integrati (medico-farmacia-  
ospedale-territorio)**

# Come affrontare questi trend





## Macro scenari per una sanità sostenibile



Addio agli eccessi di medicina difensiva



L'integrazione ospedale-territorio



Nuovi modelli di cura primaria

## Macro scenari per una sanità sostenibile



La relazione col cittadino/assistito/paziente



La razionalizzazione della supply-chain



Addio agli eccessi di medicina difensiva



## Addio agli eccessi di medicina difensiva

La medicina difensiva genera sovracosti stimati intorno ai **10-12 miliardi all'anno**.

Oltre a «costare», la medicina difensiva influisce negativamente sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Medici che dichiarano di prescrivere per ragioni di medicina difensiva:

<b>Farmaci</b>	<b>53%</b>
<b>Visite specialistiche</b>	<b>73%</b>
<b>Esami di laboratorio</b>	<b>71%</b>
<b>Esami strumentali</b>	<b>76%</b>
<b>Ricoveri ospedalieri</b>	<b>50%</b>

Fonte: ricerca condotta nel 2010 dall'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Roma



COSTO ANNUALE  
DELLA MEDICINA DIFENSIVA

**10-12**  
mld €/anno



## Addio agli eccessi di medicina difensiva

### Le motivazioni alla base dei comportamenti di medicina difensiva

Secondo le indagini riportate nel report, il **78,2%** per cento dei medici ritiene di correre un **maggiore rischio di procedimenti giudiziari** rispetto al passato e il **65,4%** per cento ritiene di subire una **pressione indebita nella pratica clinica quotidiana a causa della possibilità di tale evenienza.**

Per il **67,5%** si subisce l'influenza di esperienze di **contenzioso legale** capitate ai propri colleghi e il **59,8%** ha timore di **ricevere richieste di risarcimento.**

Inoltre il **51,8%** risente di **precedenti esperienze personali di contenzioso** legale ed il **43,5%** esprime il timore di ricevere **pubblicità negativa** dai mass-media.

Infine il **15%** teme di incorrere in **sanzioni disciplinari.**



## Addio agli eccessi di medicina difensiva

### Le raccomandazioni della Commissione Consultiva

E' necessario **rivedere l'impianto normativo** che disciplina la responsabilità professionale in ambito sanitario.

**Responsabilità civile e penale del medico**

**Assicurazione obbligatoria**

**Contenimento del contenzioso giudiziario**

**Governance del rischio clinico**



## Addio agli eccessi di medicina difensiva

### Governance del rischio clinico

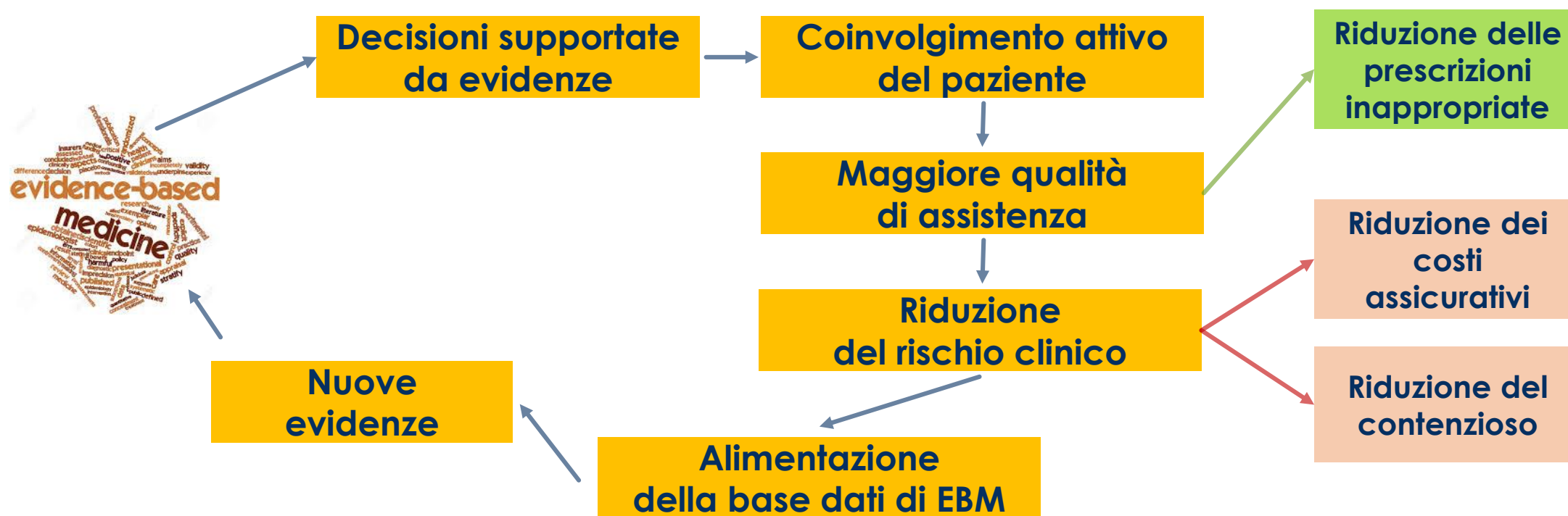
E' auspicabile l'adozione sistematica di strumenti di supporto alla decisione clinica basati **sull'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove disponibili**, nel corso del processo decisionale riguardante l'assistenza al malato.  
**(Evidence Based Medicine)**





## Addio agli eccessi di medicina difensiva

**Il circuito virtuoso innescato dall'adozione sistematica di strumenti EBM**







## Addio agli eccessi di medicina difensiva

What If ...



... riusciamo a ridurre del

**25%**

i fenomeni di medicina difensiva  
risparmiamo ----->

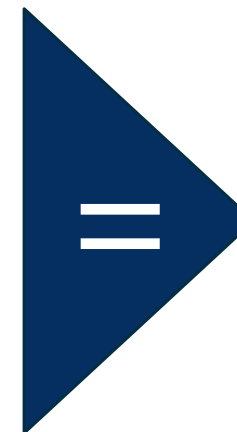
0,5

0,25

0,25

0,3

1,2



**2,5**

Mld €  
anno

Stime Osservatorio Netics - 2015



## Addio agli eccessi di medicina difensiva

### L'azione proposta

Dotare **tutti i MMG/PLS** e **tutti gli ospedali** di **strumenti di Decision Support System basati su sistemi EBM**, utilizzando modelli «Software as a Service» in modo da **azzerare gli investimenti necessari**.

COSTO

16-20

mln € / anno

=

RISPARMIO

2.500

mln € / anno



L'integrazione ospedale-territorio



## L'integrazione ospedale-territorio



La disponibilità di una rete assistenziale fortemente integrata (Ospedale – Territorio – Domicilio) è in grado di garantire una importante riduzione del numero di giornate di ricovero ospedaliero.

L'Ospedale si concentra sull'**alta intensità di cura**, fornendo un servizio migliore ai ricoverati.

La continuità assistenziale è abilitata e facilitata dalle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (**telemedicina**).



## L'integrazione ospedale-territorio

What If ...



### Ipotesi di spostamento della spesa da ricoveri a ADI e/o RSA con teleassistenza

OSSERVATORIO  
NETICS

Fonte: stime Osservatorio Netics su dati Ministero Salute e RGS 2014

Lo spostamento di **2.200.000 giornate di ricovero di pazienti acuti** (5% del totale) verso situazioni di teleassistenza domiciliare produce **1.342.000.000 di risparmi netti annui** per il SSN.

Lo spostamento di **200.000 giornate di ricovero di pazienti in strutture di riabilitazione** (10% del totale) verso situazioni di telemonitoraggio/teleassistenza produce **54.000.000 di risparmi netti annui** per il SSN.

RISPARMI

**1.396.000.000**

annui

Stime Osservatorio Netics - 2015



## L'integrazione ospedale-territorio

**Gli elementi fondamentali per una reale integrazione**



**INTEGRAZIONE** FRA LE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

**PIENO COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E DEI CAREGIVER**

**CONDIVISIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI**

**SETTING ASSISTENZIALE «SU MISURA» (PAI)**

**MONITORAGGIO CONTINUO DEL PAZIENTE**



## L'integrazione ospedale-territorio



### L'azione proposta

Favorire la diffusione di iniziative di integrazione ospedale-territorio fortemente basate sull'utilizzo delle Information & Communication Technologies, anche ricorrendo a **iniziative di partenariato pubblico-privato** e/o all'**affidamento in concessione dei servizi tecnologici** necessari.

COSTO

600

mln € / anno

=

RISPARMIO NETTO

1.400

mln € / anno

Riducendo del 5% le giornate di ricovero in ospedali per acuti e del 10% quelle in strutture di lungodegenza. In entrambi i casi, si erogano giornate di assistenza domiciliare «tecno-assistita».



Nuovi modelli di cura primaria





## Nuovi modelli di cura primaria



La trasformazione degli ospedali in luoghi dedicati all'alta intensità di cura e l'attivazione sistematica di iniziative di continuità assistenziale rende necessario **un ripensamento complessivo del sistema di cura primaria**.

L'assistito deve poter accedere a prestazioni di cura primaria **altamente qualificate**, 7 giorni su 7, 24 ore al giorno tutto laddove possibile.

E' possibile (e auspicabile) perfezionare il modello di evoluzione previsto dal Patto per la Salute (AFT, UCCP) spingendosi verso modelli ancora più innovativi e maggiormente capaci di «rivoluzionare» la cura primaria e – complessivamente – l'intero SSN.



## Nuovi modelli di cura primaria

### L'azione proposta (1)

E' possibile immaginare politiche di **fortissima incentivazione** (anche sul piano economico-finanziario e fiscale) finalizzato a realizzare centri di cura primaria sul modello catalano dei CAP (**Centros de atención primaria**).

Luoghi (magari **ex piccoli ospedali, scuole o caserme**) dove «convivono» e cooperano medici di famiglia e pediatri, infermieri, assistenti sociali.

Luoghi dove vengono erogati anche **servizi di prima emergenza** (codici bianchi e verdi), di **diagnostica**, di **medicina specialistica**, **fisioterapia**, ecc.

Luoghi dove possono insediarsi anche **attività commerciali affini al contesto** (articoli sanitari, alimenti dietetici) e – perché no – anche farmacie.





## Nuovi modelli di cura primaria

### L'azione proposta (2)

E' possibile immaginare che questi CAP siano gestiti da **società di capitali costituite fra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e eventuali investitori esterni** (col vincolo, analogamente a quanto accade in Catalunya, che **la maggioranza del capitale sia detenuta da MMG/PLS**).

I CAP operano in **regime di convenzione** col SSN e quindi tutte le prestazioni vengono erogate **gratuitamente** (eventuale corresponsione del ticket nei casi già attualmente previsti).





## Nuovi modelli di cura primaria

### L'azione proposta (3)



I vantaggi derivanti dall'adozione di un modello «catalano» di cura primaria sono molteplici:

- **miglioramento della relazione medico/assistito**
- **possibilità di dar vita con più facilità a percorsi di medicina di iniziativa**
- **semplificazione nella gestione dei processi integrati di cura**
- **razionalizzazione degli spostamenti del paziente («one-stop-shop sanitario»)**
- **alleggerimento dei volumi di casi in entrata nei Pronto Soccorso**

L'azione proposta NON genera risparmi se non in maniera indiretta (migliore allocazione delle risorse).

Il vantaggio è comunque considerevole, in termini di **miglioramento della qualità della relazione** fra SSN e assistiti.



La relazione col cittadino/assistito/paziente



## La relazione col cittadino/assistito/paziente



### Dal CUP al Patient Relationship Management

Secondo stime dell'Osservatorio Netics, il costo complessivo dei servizi di Centro Unico di Prenotazione (CUP) in Sanità pubblica (esclusi, quindi, ospedali e altre strutture private) ammonta a oltre **750 milioni di Euro all'anno**. Circa il 50% di questa cifra viene speso in servizi di call center, affidati di norma ad outsourcer privati in seguito a gare aggiudicate sulla base di offerte economiche "tarate" sulla quantità di operatori telefonici messi a disposizione per garantire il servizio.

Si stima che il numero complessivo di operatori impiegati nei call center adibiti a servizi CUP sia intorno alle **9.600 unità**; ciascuno di questi operatori gestisce mediamente **un centinaio di chiamate al giorno**.

La domanda di servizi CUP da parte dei cittadini è **sensibilmente superiore all'offerta** (espressa in termini di disponibilità del servizio): il tasso medio di abbandono di chiamata da parte di un assistito lasciato in attesa si attesta – a livello nazionale – intorno al 40%, con picchi superiori al 50% in almeno 5-6 Regioni italiane.



## La relazione col cittadino/assistito/paziente

### Dal CUP al Patient Relationship Management



La user experience degli utenti dei CUP



**Tempi d'attesa eccessivi**

**«Ogni volta che chiamo devo ripartire dall'inizio: nessuno sa chi sono e di cosa ho bisogno»**

**Mancanza di una «reale» integrazione fra le diverse strutture sanitarie (in molte Regioni)**

**«Ma perché non posso prenotare via Web?»**



## La relazione col cittadino/assistito/paziente

### Dal CUP al Patient Relationship Management

Gli effetti dal punto di vista della produttività aziendale



**Continue criticità nel dimensionamento delle risorse  
(Efficienza vs. Economicità del servizio)**

**Criticità nell'ottimizzazione delle agende**

**Mancanza di fidelizzazione dell'utente**





## La relazione col cittadino/assistito/paziente

### What If ...

Cosa succede se trasformiamo i CUP (diretti e/o esternalizzati) in strutture capaci di **relazionarsi** anche in modo **proattivo** (outbound) con gli assistiti, potendo disporre di strumenti capaci di **tenere traccia dell'insieme delle relazioni** fra ogni singolo assistito e il CUP stesso e potendo **interagire in tempo reale** con **TUTTE le agende** di **TUTTE le strutture** erogatrici di servizi sanitari riferibili al territorio di competenza?

In parallelo: cosa succede se **abilitiamo MMG e PLS** ad **effettuare prenotazioni via Web** per i loro pazienti? (utilizzando il personale di segreteria di studio)





## La relazione col cittadino/assistito/paziente



### L'azione proposta

Trasformare gradualmente (nell'arco di 1-2 anni) i CUP in strutture capaci di **gestire l'insieme delle relazioni col cittadino/assistito/paziente**, utilizzando strumenti di PRM (**Patient Relationship Management**).

L'azione proposta NON genera risparmi se non in maniera indiretta (migliore allocazione delle risorse).

Il vantaggio è comunque considerevole, in termini di **miglioramento della qualità della relazione** fra SSN e assistiti.

Nel medio-lungo periodo, la reingegnerizzazione dei processi di prenotazione delle prestazioni può generare risparmi (stimati intorno ai **100-150 milioni/anno**) derivanti dalla riduzione dei costi di gestione dei CUP (minori operatori necessari).



La razionalizzazione della supply-chain



## La razionalizzazione della supply-chain





### I prezzi d'acquisto di beni e servizi in Sanità

#### Cifre a confronto

Ecco, per alcune voci di spesa per servizi all'interno degli ospedali, i prezzi di riferimento stabiliti dalla Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (Avcp) nel 2012 e dove si sono riscontrati, sulla base di un confronto nazionale, i costi maggiori e quelli invece più bassi

#### prezzo di riferimento

-  prezzo più alto
-  prezzo più basso

**Pasti giornalieri per paziente con distribuzione a letto**



**Pasti giornalieri per paziente senza distribuzione a letto**



**Servizio di lavanderia per paziente, a giornata di degenza (con noleggio)**



**Servizio di pulizia in aree ad alto rischio (unità di misura 'canone mq mensile')**



**Servizio di pulizia in aree a medio rischio (unità di misura 'canone mq mensile')**





## La razionalizzazione della supply-chain



**Beni e servizi (sanitari e non): siamo sicuri che sia SOLO un problema di prezzi?**

Il problema dei prezzi elevati di acquisto di beni e servizi è reale: la soluzione passa attraverso l'adozione obbligatoria di prezzari di riferimento e il ricorso a centrali d'acquisto capaci di «far valere massa critica».

Ma siamo sicuri che il problema sia SOLO il prezzo?  
Siamo sicuri che non ci sia anche un problema di **quantità**?

$$S = p * q$$





## La razionalizzazione della supply-chain



**Le stime sulla spesa aggredibile attraverso la razionalizzazione della supply-chain e il ricorso sistematico a centrali d'acquisto regionali e/o nazionali**

*Stime Osservatorio Netics - 2015*

**OBIETTIVO  
TEORICO**

**OBIETTIVO  
REALISTICO  
A BREVE**

**Agendo sul driver PREZZO**

fino a  
**7**  
mld/€ anno

**2**  
mld/€ anno

**Agendo sul driver  
QUANTITA'**

(eliminazione di sprechi dovuti a eccessi di stock, furti, altri fattori logistici)

fino a  
**4**  
mld/€ anno

**1,2**  
mld/€ anno



## La razionalizzazione della supply-chain



What If ...

Cosa succede se si reingegnerizzano TUTTI i processi di **previsione dei consumi**, **pianificazione degli approvvigionamenti**, **accettazione/verifica delle consegne**, **modalità di distribuzione all'interno dei reparti**, **tracciatura dei consumi** e **monitoraggio delle performances** dell'intero ciclo?



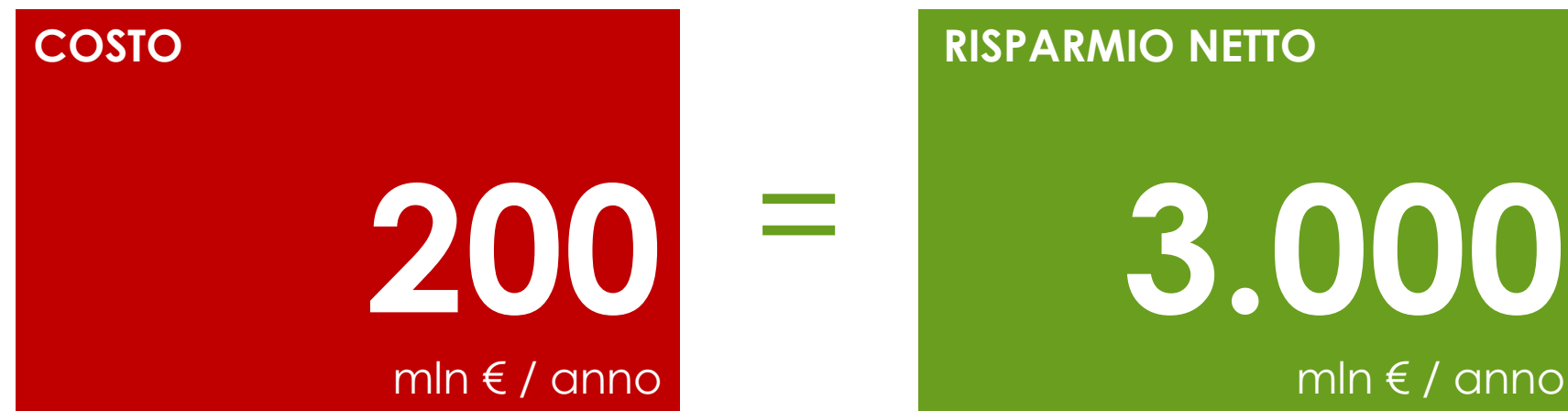


## La razionalizzazione della supply-chain



### L'azione proposta

Adottare (su scala regionale) sistemi informativi amministrativo-contabili di tipo **ERP** (Enterprise Resource Planning), **reingegnerizzando** nel contempo tutti i **processi di approvvigionamento** di beni e servizi. **Centralizzare** (sempre su scala almeno regionale) **gli acquisti di beni e servizi**.



Il costo è relativo alla quota di ammortamento annuale (per 5 anni) dell'investimento necessario.



Facciamo due conti riassuntivi ...



=

RISPARMIO NETTO

**2.500**

mln € / anno



=

RISPARMIO NETTO

**1.400**

mln € / anno



=

RISPARMIO NETTO

**3.000**

mln € / anno



**6.900**

mln € / anno

Stime Osservatorio Netics - 2015

## La slide del Come

### #dalleparoleaifatti

- proposte progettuali concrete
- modelli di PPP
- condivisione di onori e oneri
- forte orientamento al risultato



## Gli strumenti e le risorse per una Sanità «full digital»



**Patto di Sanità Digitale**



**Fondi strutturali 2014-2020**

**Performance Based Contracts**

# La parola ai discussant ...



## Discussant

TBD

Giovanna Camorali

Rino Moraglia

Valentina Serra

TBD

Accenture

IBM Italia

CGM Italia

Noemalife

Vree Health

Federico Gelli

Massimo Casciello

Adriano Marcolongo

Flori De Grassi

Vito Bavaro

Sara Caropreso

Fulvio Sbroiavacca

Roberto Moriondo

Lorenzo Gubian

Responsabile Sanità PD

Ministero della Salute

Regione FVG

Regione Lazio

Regione Puglia

ARSAN Campania

Insiel FVG

AgID – Comitato di Indirizzo

Regione Veneto



**TIME OUT**™



1

Stesura del Paper  
«Scenari di Sanità Digitale»

**OTTOBRE 2015**

2

Presentazione alle istituzioni  
(Ministero Salute, Regioni)

**NOVEMBRE 2015**

Grazie!

fabio celli



KEEP  
CALM  
AND  
HAVE A  
DRINK