

Oecd reviews of health care quality. Italy 2014: raising standards

Forde I, Colombo F (a cura di)
Oecd Publishing 2014

Questo documento dell'Ocse riporta alcune raccomandazioni per migliorare la qualità dell'assistenza nel nostro paese.

La monografia esamina la qualità dell'assistenza sanitaria in Italia a partire da una panoramica delle politiche e delle pratiche per la qualità delle cure, per poi concentrarsi su tre aree particolarmente rilevanti: il ruolo delle cure primarie, il miglioramento della formazione del personale sanitario, il miglioramento dei sistemi di monitoraggio e della qualità dell'assistenza in un sistema regionalizzato, evidenziando le buone pratiche e proponendo una serie di valutazioni e raccomandazioni mirate a favorire un ulteriore miglioramento della qualità delle cure.

Secondo l'Ocse l'Italia si trova ad affrontare due sfide principali: la prima è garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa in campo sanitario non vadano a intaccare la qualità assistenziale. La seconda è quella di sostenere i territori che hanno un'infrastruttura più debole.

Building primary care in a changing Europe

Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB
European Observatory on Health Systems and Policies 2015

In questo documento vengono presentate le cure primarie dei 31 paesi europei, prendendo in esame diversi fattori fra cui la *governance*, il finanziamento, la forza lavoro e le prestazioni di servizi.

I paesi con una forte struttura di assistenza primaria sono: Danimarca, Finlandia, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Romania, Slovenia, Spagna e Regno Unito. Relativamente deboli le cure primarie in Bulgaria, Cipro, Repubblica Ceca, Grecia, Islanda, Lussemburgo, Polonia e Slovacchia. Secondo gli autori nessun modello coerente di strutture di assistenza primaria può essere identificato in Estonia, Norvegia e Svizzera.

Il lavoro mette in rilievo le differenze dal punto di vista delle retribuzioni e del profilo dei professionisti coinvolti nella rete.

In quasi tutti i paesi l'età media dei medici di medicina generale è compresa tra i 45 e i 55 anni, rappresentando una delle criticità per il sistema sanitario.

Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches

Nolte E, Knai C, Saltman RB

The European Observatory on Health Systems and Policies 2014

In questo volume vengono analizzate 12 esperienze europee di *disease management* legato alla gestione delle patologie croniche, che cerca di muovere dal tradizionale approccio di attesa del singolo episodio acuto di queste patologie ad uno che coordini i professionisti e le istituzioni sanitarie, coinvolgendo i pazienti e i loro familiari.

Nel lavoro vengono analizzati diversi aspetti del *disease management*: dal disegno dei percorsi assistenziali, all'aspetto economico, valutativo, di coinvolgimento dei pazienti.

Fra i casi presentati vi è quello di assistenza integrata tedesca *Gesundes Kinzigtal*, che prevede un contratto basato sugli esiti clinici fra un network di medici e due fondi assicurativi regionali.

Un altro esempio è quello olandese del *Matador disease management* di Maastricht sul diabete.

Il lavoro mette in evidenza l'importanza di processi di valutazione per questo tipo di percorsi, anche per evitare impatti negativi in termini di disuguaglianze, e la necessità di favorire dei contesti regolatori che favoriscano l'innovazione anche dal basso.

Contributi per il governo clinico

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna 2015

Questo progetto comprende sette volumi sul tema del governo clinico, che, partendo da prospettive diverse, si concentrano su problematiche comuni: le organizzazioni sanitarie, la gestione del rischio, l'appropriatezza, la valutazione delle performance cliniche, l'innovazione nei sistemi sanitari, la formazione e l'audit clinico.

Poiché il governo clinico influisce direttamente sullo stato di salute, è proprio a partire dalla sua analisi dettagliata che si può porre rimedio alle problematiche del sistema.

Questi volumi vedono il ruolo dei professionisti nelle organizzazioni sanitarie come aspetto centrale, sia esaminando alcuni dei problemi principali su cui i professionisti dovrebbero poter dare il proprio contributo, sia indagando con specifiche iniziative alcuni dei molteplici aspetti che attengono alla partecipazione professionale e ai processi decisionali che nelle aziende sanitarie riguardano la qualità dei servizi e il loro sviluppo.

Population health systems - Going beyond integrated care

Alderwick H, Ham C, Buck D
The King's Fund 2015

Questo documento analizza il tema dell'integrazione dell'assistenza, mettendo in luce le potenzialità della presa in carico di tutta la popolazione presente su un certo territorio. Nel lavoro sono presentate alcune esperienze come quella statunitense di Kaiser Permanente, che unisce diversi strumenti fra cui il *disease management* e le attività preventive rivolte alla popolazione, anche ad esempio nelle scuole e nei luoghi di lavoro. Un altro esempio è quello del Nuka System of Care in Alaska. Anche in questo caso sono messe in campo numerose iniziative a livello di popolazione, fra le quali quelle contro la violenza sulle donne. Anche l'esperienza del *Gesundes Kingzigtal* in Germania mette in luce i buoni risultati in termini di esiti sulla popolazione, utilizzando un approccio di comunità per la riduzione dei fattori di rischio. Infine sono presentate le esperienze di *Counties Manukau* in Nuova Zelanda e quella svedese di *Jonkoping County Council*.

Perché l'Italia non è un paese per whistleblower

Azzollini V
Lavoce.info 24.03.2015

Questo documento fa il punto sulle politiche di segnalazione, chiamate *whistleblowing*, attualmente presenti nel nostro paese, e che rappresentano uno degli elementi cardine per la lotta alla corruzione nella pubblica amministrazione. La corruzione si insinua in modo capillare in ambiti politici, economici e istituzionali, grava sulle risorse nazionali e riduce l'attrattiva dell'Italia. Più che nuove punizioni sancite da norme che si affastellano su quelle precedenti, servirebbero strumenti che ne favoriscano l'emersione e abbiano al contempo una funzione deterrente, come il *whistleblowing*. Tale strumento, già presente da tempo a livello internazionale, in Italia è stato introdotto solo nel 2012 con la legge 190 che tuttavia presenta alcuni limiti, che non favoriscono il suo utilizzo, fra cui la mancanza di fattori che incentivino adeguatamente i *whistleblower*, così come avviene in

altri paesi, o l'inapplicabilità della disciplina al settore privato.

Facets of public health in Europe

Rechel B, McKee M (a cura di)
Open University Press 2014

Questo lavoro ha cercato di fare luce sulle politiche della sanità pubblica a livello europeo, mettendo in luce gli importanti risultati raggiunti in questo settore negli ultimi due secoli. Quello che rimane da fare riguarda le malattie non trasmissibili, la maggior parte delle quali è legata agli stili di vita. Misure come la riduzione del fumo e del sale negli alimenti, l'incremento dell'attività fisica, la dieta e la riduzione dell'assunzione alcolica sono tra le più importanti da mettere in campo. Il lavoro si è posto come primo obiettivo quello di descrivere lo stato attuale dei servizi di sanità pubblica offerti negli Stati membri, e come secondo quello di individuare i miglioramenti possibili da mettere in atto, toccando anche temi quali la prevenzione sui luoghi di lavoro, i problemi ambientali, il cibo e la nutrizione.

Comparison of rehospitalization rates in France and the United States

Gusmano M, Rodwin V, Weisz D et al
J Health Serv Res Policy 2015; 20: 18-25

L'obiettivo del lavoro è stato quello di analizzare le cause delle differenze nei tassi di riospedalizzazione nelle persone anziane fra il sistema sanitario francese e quello statunitense di Medicare. I tassi di riospedalizzazione considerati, medici e chirurgici, appaiono infatti molto diversi nei due paesi: del 14,7% in Francia e del 20% nel caso statunitense. Fra le motivazioni che possono spiegare i migliori risultati francesi vi è il più facile accesso all'assistenza primaria, una migliore condizione di salute della popolazione anziana, una maggiore durata di degenza nelle strutture francesi e il fatto che le strutture residenziali francesi non hanno incentivi economici alla riospedalizzazione.

Massimo Brunetti