

# HEALTH POLICY FORUM 2021

## **HTA E INVESTIMENTI: PROPOSTE E COMMENTI DELL'HEALTH POLICY FORUM AL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**

Americo Cicchetti, Francesco Saverio Mennini, Marco Marchetti, Carlo Favaretti,  
Pietro Derrico, Michele Basile, Francesco Cattell, Eugenio Di Brino, Alessandra Fiore,  
Elisabetta Graps, Dario Sacchini, Carlo Senore, Filippo Rumi



SOCIETÀ ITALIANA DI HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT



# HEALTH POLICY FORUM

L'Health Policy Forum è un'iniziativa della Sihta, Società Italiana di Health Technology Assessment, e rappresenta un'occasione continuativa e strutturata di confronto tra professionisti operanti nell'ambito dell'Hta, appartenenti a Istituzioni, Regioni, Industria, Associazioni di categoria, Società Scientifiche e Università.

L'obiettivo è di contribuire al dibattito di natura tecnica e scientifica sui metodi dell'Hta e di sviluppare conoscenze nell'ambito della valutazione delle tecnologie sanitarie.

# Final Paper 20

---

## *Autori*

**Americo Cicchetti** *Coordinatore Health Policy Forum, Professore di Organizzazione Aziendale, Facoltà di Economia Università Cattolica del Sacro Cuore e Direttore, Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitarie, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

**Francesco Saverio Mennini** *Presidente SIHTA, Research Director EEHTA-CEIS, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Institute for Leadership and Management in Health, Kingston University, London, UK*

**Marco Marchetti** *Coordinatore Comitato Tecnico Scientifico SIHTA, Dirigente Medico responsabile della Unità Operativa Semplice HTA, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)*

**Carlo Favaretti** *Presidente Onorario SIHTA, Segretario, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore*

**Pietro Derrico** *Past Presidenti SIHTA, Responsabile Funzione Tecnologie ed Unità di Ricerca Health Technology Assessment and Safety IRCCS, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

**Michele Basile** *Segreteria Scientifica Health Policy Forum, Ricercatore Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS), Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

**Francesco Cattel** *Direttore della Farmacia Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria della Città della Salute e della Scienza, Torino*

**Eugenio Di Brino** *Segreteria Scientifica Health Policy Forum, Ricercatore Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS), Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

**Alessandra Fiore** *Segreteria Scientifica Health Policy Forum, Ricercatore Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS), Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

**Elisabetta Anna Graps** *Direttore Medico Area Valutazione e Ricerca, AReSS Puglia Responsabile del Centro Regionale HTA Puglia (CReHTA)*

**Dario Sacchini**, *Professore Associato, Dipartimento di Sicurezza e Bioetica, Sezione di Bioetica e Medical Humanities, Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore*

**Carlo Senore** *Presidente Centro di Riferimento per Epidemiologia e per la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino*

**Filippo Rumi** *Segreteria Scientifica Health Policy Forum, Ricercatore Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS), Università Cattolica del Sacro Cuore Roma*

---

# 21

## HTA E INVESTIMENTI: PROPOSTE E COMMENTI DELL'HEALTH POLICY FORUM AL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

### INTRODUZIONE

L'emergenza pandemica che l'Italia ha vissuto negli ultimi due anni, ha impattato in modo significativo sulle scelte di politica sanitaria che si sono di conseguenza focalizzate su interventi di riforma di alcuni elementi chiave del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le principali criticità che la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere riguardano la grande variabilità territoriale in termini qualitativi e quantitativi dei servizi sanitari erogati nell'ambito della prevenzione e dell'assistenza territoriale, così come la scarsa capacità di integrazione tra i servizi ospedalieri, i servizi sanitari locali e i servizi sociali, evidenziando la necessità di disporre di infrastrutture, competenze e soluzioni tecnologiche e digitali in grado di supportare l'erogazione dei servizi sanitari in tutti i *setting* assistenziali (Cicchetti et al, 2020)<sup>1</sup>.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), strumento per la ripresa economica in Italia mette a disposizione fondi erogati principalmente dall'Unione Europea (UE) e rappresenta, dunque, il volano per il rilancio di cui l'SSN necessita da molti anni. Negli ultimi anni, lo scenario della Sanità pubblica in Italia è mutato in modo rilevante: il progresso scientifico sostenuto dalla continua ricerca, lo sviluppo di nuove tecnologie, farmaci e dispositivi medici innovativi, hanno determinato un netto miglioramento della qualità e aspettativa di vita dei pazienti contribuendo a caratterizzare un contesto mutevole, in cui l'innovazione tecnologica stimola il mercato e, al contempo, la domanda di salute, che risulta sempre più complessa e orientata alla qualità delle prestazioni (e delle tecnologie).

Conseguentemente, un sistema sanitario e sociale che aspiri a porre le basi di una reale sostenibilità economica, organizzativa e finanziaria in un momento di

<sup>1</sup> [https://altems.unicatt.it/altems-INSTANT%20REPORT%20ALTEMS%20ANNUALE%20-%202020\\_finale.pdf](https://altems.unicatt.it/altems-INSTANT%20REPORT%20ALTEMS%20ANNUALE%20-%202020_finale.pdf)

crisi deve dotarsi di una visione, in termini di programmazione e pianificazione, che superi la mera logica dell'emergenza e quindi del breve periodo, prevedendo le sfide che lo attendono anche nel medio e lungo periodo.

A tale riguardo, ci sono due concetti fondamentali da considerare quando si intende definire il modo più appropriato l'allocazione delle risorse messe a disposizione dal PNRR:

- il valore, inteso come valore d'uso delle tecnologie sanitarie, dato dal livello di soddisfazione (utilità e utilità marginale) in grado di fornire. Per il SSN il valore d'uso può coincidere con il raggiungimento di un corretto rapporto outcome/costo in relazione al rispetto del vincolo di bilancio;
- la resilienza, perseguibile, ad esempio, attraverso modelli predittivi, al fine di comprendere come un sistema possa rispondere a stimoli esterni non prevedibili.

**Figura 1** PNRR: Missione 6



La missione Salute del PNRR prevede due componenti che individuano una serie di riforme e investimenti finalizzati al ripristino dell'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria pre-pandemia ed ha come obiettivi finali quelli di rendere le strutture più moderne, digitali ed inclusive e di rafforzare il passaggio tra assistenza ospedaliera e territoriale, garantendo l'equità di accesso alle cure, rafforzando la prevenzione, i servizi sul territorio e a domicilio e promuovendo la ricerca in ambito sanitario (PNRR, 2021).

Alla componente 1, denominata *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima*, sono destinati circa 7 miliardi di euro. L'obiettivo principale è quello di potenziare e omogeneizzare l'offerta dei servizi sanitari erogati dalla rete territoriale su tutto il territorio nazionale attraverso strumenti di telemedicina che possano colmare le differenze territoriali in termini di omogeneità dei servizi offerti e integrare l'ospedale e il territorio in un unico percorso. Gli investimenti previsti, prevedono la costruzione e la modernizzazione, sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo, del SSN italiano valorizzando l'assistenza sanitaria, enfatizzando il ruolo del paziente mediante l'integrazione dei servizi sanitari secondo un approccio *one health* incentrato sul rafforzamento dei servizi sanitari locali. Tali investimenti mirano a garantire la salute dei cittadini non solo come assenza della patologia, ma considerano il paziente nella sua interezza e hanno lo scopo di rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità, nonché i servizi di assistenza a domicilio, per garantire a tutti i cittadini le stesse possibilità di assistenza indipendentemente dal loro contesto sociale e geografico, in un'ottica di equità verticale<sup>2</sup>. Per far fronte a tali investimenti, è necessario definire un adeguato assetto istituzionale e organizzativo sia per conseguire standard di cura adeguati sia per valorizzare sempre più il SSN come sistema di *welfare* comunitario. A tal fine, è stata elaborata dal Ministero della Salute una bozza di decreto ministeriale, noto come DM 71 dal titolo *Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio*, rilasciato alle Regioni nel febbraio 2022 in occasione della Conferenza Stato-Regioni. Nell'introduzione del documento vi è un esplicito riferimento alla partecipazione dei cittadini e dei pazienti allo sviluppo dell'assistenza primaria del SSN. Infatti lo sviluppo dell'assistenza primaria è legata alla pianificazione, al rafforzamento e alla valorizzazione dei servizi territoriali anche attraverso la *co-progettazione con gli utenti*. La realizzazione della componente 1 della missione 6 avverrà anche attraverso

<sup>2</sup> Prevedere un numero di servizi variabile in funzione dei bisogni per garantire la stessa accessibilità e un uguale livello di salute.

la costruzione di più di 1.000 Case della Comunità (circa 1 ogni 50.000 abitanti) al fine di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La bozza di decreto prevede due diverse tipologie di Casa della Comunità secondo il modello *hub&spoke*. Tra gli standard minimi identificati per le due tipologie è **prevista la presenza di un servizio** obbligatorio relativo alla *Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione* attraverso le associazioni di cittadini e di volontariato. Questo elemento di co-produzione, reso obbligatorio dal DM 71 nella bozza rilasciata dal Ministero della Salute, rende la partecipazione delle associazioni pazienti un elemento obbligatorio alla costruzione del nuovo assetto dell'SSN garantendo alle stesse un ruolo significativo nel disegno del futuro del SSN. Il documento, attualmente al vaglio della Conferenza Stato-Regioni, sembrerebbe aver conservato la proposta di rendere le associazioni pazienti parte integrante del processo organizzativo delle case di comunità, segno evidente di una sensibilità anche degli Enti attuatori del PNRR ad una partecipazione sempre più sistematizzata.

La componente 2 *Digitalizzazione e ammodernamento tecnologico dell'ospedale*, a cui è destinata una quota di investimenti pari a circa €8,6 miliardi, comprende interventi che mirano a potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale delle strutture del nostro SSN, sia a livello centrale che a livello regionale. L'obiettivo è quello di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e, allo stesso tempo, garantendo una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati. (PNRR, 2021). Le risorse messe a disposizione dal PNRR per la componente 2 sono state suddivise tra due investimenti principali, di cui circa €1 miliardo destinato alla formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico ed i restanti 7 miliardi di euro sono destinati all'aggiornamento tecnologico e digitale. Quest'ultimo investimento comprende programmi finalizzati a:

- garantire la diffusione di tecnologie innovative in modo da offrire una migliore risposta ai bisogni di Salute della popolazione;
- migliorare la sicurezza degli ospedali, attraverso interventi di adeguamento alla normativa antisismica vigente;
- completare e diffondere l'utilizzo il *Fascicolo Sanitario Elettronico* (FSE), attraverso una significativa opera di aggiornamento dei sistemi tecnologici e informativi sia a livello nazionale che regionale;

- rafforzare, attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari e degli strumenti digitali a livello centrale e locale, il *Nuovo Sistema Informativo Sanitario* (NSIS) in modo che possa essere utilizzato come unico punto di riferimento per il monitoraggio e l'applicazione dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) sul territorio nazionale (Urbani, 2021).

L'attuazione degli interventi descritti nel PNRR, richiedono una programmazione e una progettazione che riguarda non solo le singole Regioni ma anche le singole aziende sanitarie, fortemente sollecitate a causa della pandemia.

In questo contesto, l'HTA rappresenta un valido supporto per una valutazione degli investimenti, poiché permette di ottimizzare le risorse per quegli investimenti che sono in grado di generare un *valore* da un punto di vista tecnico, sociale ed economico.

## OBIETTIVO

Questo lavoro sintetizza la discussione emersa nella XIII edizione dell'*Health Policy Forum* (HPF), iniziativa promossa dalla *Società Italiana di Health Technology Assessment* (SIHTA) per favorire la condivisione di esperienze e di metodi per la promozione e la diffusione dell'approccio dell'HTA, considerando le differenti prospettive degli *stakeholder* impegnati a livello nazionale, regionale e locale. L'obiettivo di questa edizione del Forum è stato quello di fornire un contributo *multistakeholder* e multidisciplinare alla *governance*, all'analisi e alla valutazione degli investimenti definiti nell'ambito del PNRR. La discussione tra i membri del Forum ha permesso di chiarire il ruolo che una valutazione multidimensionale, multi-professionale, trasparente e robusta, propria dell'approccio HTA nel contesto sanitario, possa contribuire all'appropriata gestione delle risorse messe a disposizione dal PNRR per il rilancio della Sanità italiana. La discussione è strutturata su tre ambiti principali:

- il modello di *governance* del PNRR e il ruolo dei pazienti e dei cittadini nella promozione del cambiamento;
- i processi e gli strumenti per la gestione del cambiamento con particolare riferimento alle linee guida e ai Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDTA);
- gli strumenti per la misurazione delle performance degli investimenti previsti nel PNRR. Le conclusioni dei singoli gruppi di lavoro sono state contestualizzate con le azioni messe in campo negli ultimi mesi dal Governo in merito alla *governance* del PNRR e alle linee guida di attuazione dei vari investimenti previsti dal Piano.

## MATERIALI E METODI

L'HPF è un'iniziativa promossa e organizzata dalla SIHTA in collaborazione con l'Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES), la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI) la Società Italiana dei Farmacisti Ospedalieri (SIFO) e la Società Italiana di Epidemiologia (AIE). In qualità di Società Scientifica, e grazie al supporto delle competenze del Comitato Direttivo e del Comitato Scientifico, la Sihta intende creare le condizioni affinché industria, regolatori e utenti finali delle innovazioni tecnologiche in campo sanitario, possano discutere in modo sistematico e strutturato gli aspetti metodologici del processo dell'HTA. L'iniziativa si ispira negli intenti, nei principi e nei metodi a quella analoga avviata nel 2004 a livello internazionale dall'*Health Technology Assessment International*, a cui essa risulta collegata con accordi formali di collaborazione ([www.htai.org](http://www.htai.org)). Quello dell'HPF è un format innovativo che crea le condizioni affinché tutti gli stakeholder possano discutere in modo sistematico, aperto e strutturato degli aspetti metodologici del processo dell'HTA.

L'HPF è un incontro a *porte chiuse* i cui partecipanti sono invitati dalla SIHTA in relazione alla loro esperienza nel campo dell'HTA, indipendentemente dalla posizione ricoperta nelle istituzioni del SSN, nell'industria e tra le organizzazioni rappresentative di pazienti e cittadini. Il tema oggetto dell'incontro è stato scelto dagli stessi membri del Forum tra sette diverse tematiche proposte dal Comitato Scientifico della SIHTA, mediante una consultazione on-line che ha permesso di valutare l'interesse dei membri *in pectore* per le diverse tematiche. Attraverso discussioni avvenute sia in sessione plenaria che in sottogruppi, il dibattito ha permesso di fornire le prime risposte alle tre domande considerate. Il Forum si è svolto secondo la *Chatham House Rule* ([www.chathamhouse.org.uk](http://www.chathamhouse.org.uk)). Questa *regola*, come principio che governa la confidenzialità della fonte dell'informazione durante un meeting, è stata definita dal *Royal Institute of International Affairs* di Londra nel 1927 ed è oggi utilizzata da molti organismi internazionali.

La scelta di esplicitare e condividere *regole di ingaggio* ben precise è stata finalizzata ad animare una discussione fattiva e *aperta*. Per effetto dell'applicazione di tale regola, ogni membro del Forum esprime opinioni che hanno carattere personale pur derivando dalla propria esperienza e prospettiva e che non possono essere considerate come posizioni ufficiali dell'istituzione cui il singolo appartiene. Tutte le informazioni così *catturate* durante le discussioni assembleari o dei sottogruppi possono essere liberamente utilizzate dagli altri membri, purché non sia rivelata l'identità di chi le ha espresse. Inoltre, le informazioni possono

essere rese pubbliche solo in presenza di un accordo unanime tra i partecipanti e secondo le forme concordate. Le riflessioni espresse in questo documento emergono dalle discussioni articolate nelle sessioni plenarie e nei gruppi di lavoro attivati nell'ambito del Forum stesso.

## RISULTATI

### *Governance e coinvolgimento di pazienti e cittadini nei progetti di cambiamento del SSN*

La *governance* del PNRR è stata definita nel decreto legge n. 77/2021 (c.d. Decreto Semplificazioni) ed è composta da una serie di organi il cui compito consiste nel fornire linee di indirizzo, risolvere i conflitti politici o istituzionali, portare avanti la concertazione con le parti sociali e monitorare l'andamento dei progetti e superare eventuali stalli ed elementi di criticità. Dall'analisi del sistema di *governance* emerge una struttura sostanzialmente piramidale costituita da organi centrali che tramite alcuni meccanismi possono condurre a interventi di monitoraggio con la possibilità, in alcuni casi, di ricorrere a poteri sostitutivi, e da una molteplicità di attori a cui è affidata l'effettiva attuazione dei progetti. Le associazioni di cittadini e pazienti sono considerati degli attori importanti nello sviluppo delle politiche sanitarie, e l'emergenza Covid-19 ha segnato il passo sull'importanza di avere una visione collaborativa e partecipativa nei futuri modelli di *governance* delle politiche sanitarie. Anche se nei documenti attuativi del decreto legge 77/2021 non è esplicitamente descritto un loro coinvolgimento nell'attuazione degli investimenti previsti, il *Patient & People Involvement* (PPI) rappresenta un elemento fondamentale dal punto di vista epistemologico per la medicina corrente, perché fa leva sui bisogni reali dei pazienti e questo vale sia per le politiche sanitarie in generale sia per la valutazione/utilizzo specifico delle tecnologie sanitarie (da considerare – come nella più autentica accezione dell'HTA - in senso «estensivo»). Anche se il PPI è ampiamente applicato in altri Paesi (UK dal NICE, Canada da CADTH, ecc.), in Italia il ricorso a tale metodologia è ancora modesto. Infatti, nel PNRR è fondamentalmente inteso nel senso del *monitoraggio* delle prestazioni, mentre la letteratura e l'esperienza indicano che il PPI deve avvenire a tutti i livelli. Riconosciuto il valore del PPI, si apre la sfida delle esemplificazioni sul piano metodologico/procedurale in riferimento a modelli esistenti (modalità di interlocuzione tra i diversi *stakeholder*, rappresentatività/rappresentanza delle associazioni dei pazienti/cittadini, ...).

Durante i lavori dell'HPF si è discusso sulle modalità di coinvolgimento dei pa-

zienti e dei cittadini nella *governance* del PNRR, e in particolare è stato definito (I) il livello decisionale del loro coinvolgimento; (II) la tipologia di coinvolgimento e infine (III) gli aspetti operativi del loro coinvolgimento.

Per quanto riguarda il livello decisionale, si auspica la necessità di muovere verso un PPI di livello nazionale che, in funzione di politiche/interventi, possa essere declinato a livello territoriale rispettando le peculiarità locali. Tale soluzione consentirebbe, da un lato, di rispettare le istanze dei territori a livello centrale e, dall'altro, di attuare meccanismi di monitoraggio del recepimento delle istanze. È necessario, però, definire una metodologia a livello nazionale che tenga conto di esperienze virtuose e buone pratiche di partecipazione (Gruppo di studio attivato dal Ministero della Salute, 22 aprile 2021) e riconoscere che il PPI richiede un forte *commitment* ed investimenti dedicati. Questo processo deve essere affiancato da un'analisi dei gap formativi che riguardano cittadini/pazienti promuovendo percorsi di formazione strutturati al coinvolgimento degli stessi nelle politiche sanitarie.

I livelli di coinvolgimento individuati durante la discussione sono tre: consultazione, partecipazione e monitoraggio, da applicare a seconda del livello e/o della Fase del PNRR.

Per avviare il coinvolgimento di pazienti e cittadini nei progetti di cambiamento del SSN è necessario, innanzitutto, definire un approccio sistematico riconoscibile in atti formali (ad es., L46/2013 Toscana, L28/2017 Regione Puglia, L15/2018 Regione Emilia, DGR Lazio 736/2019, DGR Campania 303/2021). Fin dall'elaborazione dell'approccio sistematico è necessario esplicitare la scelta della tipologia di approccio: *democratico* oppure *per cooptazione*, così come il ruolo dei cittadini-pazienti, dalla possibilità di votazione, alla sola audizione.

Il coinvolgimento di pazienti e dei cittadini nella *governance* del PNRR richiede la definizione di aspetti operativi, come l'individuazione di strutture/servizi/uffici/funzioni regionali che curino il processo di partecipazione. È auspicabile poi prevedere la presenza di figure con competenze specifiche o formate *ad hoc* che fungano da facilitatori tra la pubblica amministrazione e le associazioni. La modalità applicativa deve poi interfacciarsi con il territorio e quindi con la necessità di mappare le associazioni presenti nei territori che possano dimostrare di essere attive nell'ambito di riferimento e scevre da conflitti di interesse tali da intaccare la trasparenza nei finanziamenti e nelle affiliazioni. Infine, è necessario definire modalità di azione rigorose dal punto di vista scientifico, ma al contempo flessibili, che permettano di gestire l'incertezza sulle evidenze disponibili, in una logica di giusta condivisione delle responsabilità. L'utilizzo, infine, di strumenti

digitali (piattaforme, portali, etc.) che favoriscano l'informazione, la formazione, l'*empowerment* di cittadini e pazienti e il monitoraggio dell'accoglimento delle loro istanze, rappresenta un importante espediente per garantire il corretto coinvolgimento degli investimenti previsti.

Con l'obiettivo di definire l'apporto dei cittadini e dei pazienti al PNRR, durante i lavori del Forum, è emersa la necessità di garantire massima trasparenza ai Gantt dei singoli progetti di investimento per rendere trasparenti le *deadline* e la sequenza dei passaggi amministrativi (ad es., entro il 2023 sarà adottato un action plan per la progettazione e la pianificazione degli interventi sulle grandi apparecchiature sanitarie e per la digitalizzazione degli ospedali sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione). Questo permetterebbe di coinvolgere in maniera tempestiva ed appropriata i pazienti e i cittadini in funzione dei diversi investimenti tecnologici (ad es., telemedicina, grandi apparecchiature sanitarie, allocazione case della salute e ospedali di comunità, ...) partendo dai bisogni di salute e dal dato epidemiologico. Questo passo è fondamentale per individuare le tecnologie necessarie, tenendo conto delle vocazioni dei territori/Enti e delle preferenze dei pazienti nella distribuzione delle tecnologie, preferenze legittimate alla luce di principi/valori chiari e condivisi (es.: *i principi ispiratori del SSN*).

### *Processi e strumenti per la gestione del cambiamento: Linee Guida e PDTA nel contesto del SSN e dei SSR sulla base di logiche di HTA*

La trasformazione digitale dei servizi di cura è una delle sfide più ambiziose del PNRR poiché non riguarda semplicemente la loro dematerializzazione informatica ma l'intero processo di riforma e ripensamento del modello di progettazione dei servizi, secondo logiche innovative e a maggior valore aggiunto per la totalità degli stakeholders coinvolti. Tale investimento permetterebbe di digitalizzare e rendere interoperabile il percorso clinico-assistenziale dei pazienti, attuabile solo se si garantisce lo scambio di dati e delle informazioni ai vari livelli di governance.

Per conseguire tale obiettivo è necessario approfondire e ragionare sulle barriere esistenti all'attuazione di tali investimenti. La discussione dei membri dell'HPF si è focalizzata, per quanto riguarda le Linee Guida (LG) e i PDTA, sulle modalità di sviluppo, di promozione e di recepimento.

Lo sviluppo delle LG e dei PDTA è vincolato dalla possibilità di accesso ai dati del paziente e dalla possibilità di ricostruire completamente il percorso clinico del paziente sia a livello ospedaliero che territoriale. È necessario, quindi, rendere i dati più fruibili, mediante la predisposizione di *dataset* più accessibili che permettano

di ricostruire il percorso assistenziale del paziente. Il tema dei dati si ripercuote inevitabilmente sull'impossibilità di applicare in maniera idonea quanto definito nei PDTA e di monitorarne gli esiti. Per tale motivo, al fine di costruire un percorso scientifico istituzionale per integrare e promuovere lo sviluppo delle LG e dei PDTA, sarebbe opportuno sistematizzare l'utilizzo dell'approccio GRADE, il quale consente la determinazione una raccomandazione in grado di valutare tutti degli aspetti rilevanti della patologia.

Lo sviluppo delle LG non può prescindere da un'analisi della letteratura esistente. Ma non è necessaria una revisione di letteratura *ex novo*, bensì la capacità di saper leggere le *review* già disponibili e adattarle al contesto di riferimento. Per far fronte al carico di lavoro e di conoscenze necessarie, è opportuno che si instauri una rete tra le società scientifiche di riferimento e si diffonda la cultura della formazione continua sui temi relativi alla revisione di letteratura e all'utilizzo dei dati per la definizione dei PDTA.

Per produrre delle LG utili al contesto epidemiologico di riferimento, è necessario prioritizzare le aree terapeutiche target e di esiti di quegli interventi maggiormente impattanti dal punto di vista clinico e di spesa per l'SSN, verificando la possibilità di inserire nel Piano Nazionale delle LG l'obbligo di definire un PDTA per determinati bisogni di cura particolarmente critici in termini di impatto sulla salute e di spesa sanitaria.

La definizione di un PDTA non può prescindere dalla necessità di coinvolgere fin dall'inizio tutti gli *stakeholder* che caratterizzeranno l'implementazione di un determinato percorso di cura. In particolare, si reputa necessario coinvolgere le associazioni dei pazienti nella definizione della LG considerando la possibilità di utilizzare dati, come i PROMPS (*Patient Reported Outcome Measures*), che siano rappresentativi della reale esperienza dei pazienti. Inoltre, si ritiene importante un focus sulla fattibilità, anche economica, dell'implementazione delle LG tenendo conto della dinamicità nella possibilità di implementare LG laddove ci sia la disponibilità di nuovi fondi o cambi normativi che ne facilitino la realizzazione. In tale contesto, è rilevante verificare ad intervalli regolari la fattibilità al variare del contesto di riferimento.

La promozione delle LG prodotte ai vari livelli di *governance*, ad oggi poco diffusa sul territorio nazionale, potrebbe rappresentare il trampolino di lancio per definire un percorso di patologia univoco per una popolazione target. In Italia si annoverano esperienze di condivisione delle LG prodotte a livello nazionale ed internazionale, come ad esempio l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Sui siti di

tali istituzioni è possibile consultare le LG ritenute di rilevanza tale da poter essere applicate al contesto italiano e si può verificarne lo stato di avanzamento o l'eventuale ritiro. Per quanto riguarda i PDTA prodotti a livello nazionale e regionale, invece, manca una loro formalizzazione a livello centrale. Si rileva dunque la necessità di definire (I) un processo di formalizzazione della documentazione disponibile (sia nazionale che internazionale); (II) una classifica della robustezza delle LG a seconda che siano definite a livello nazionale ed internazionale per capire quanto ci si possa discostare da ciò che viene in esse riportato (prioritizzazione); e ancora (III) un processo per tener conto della realtà epidemiologica del territorio che potrebbe giustificare alcuni interventi in contesti specifici ma non in altri. Per promuovere lo sviluppo delle LG e dei PDTA è necessario focalizzarsi su alcuni elementi che ne facilitino l'applicazione, ad esempio il numero di professionisti che intervengono, la tipologia di professionisti e la valutazione della fattibilità economica associata all'implementazione del PDTA. E', poi, importante monitorare che i PDTA, definiti a livello centrale, siano adottati e adattati ai contesti locali e gli esiti di salute siano monitorati tramite la definizione di specifici indicatori.

Lo scarso recepimento delle raccomandazioni prodotte dalle LG da parte dei destinatari, nonostante la consapevolezza che l'innovazione tecnologica possa garantire una maggiore equità nell'accesso ai servizi ed una maggiore fruibilità dei dati, rappresenta un ostacolo all'informatizzazione dei percorsi. Il recepimento delle LG è vincolato dalla necessità di bilanciare l'univocità della LG con le esigenze locali che portano a numerose declinazioni. È importante rendere le valutazioni locali accessibili e trasparenti e uniformare i dati disponibili in modo da incentivare la possibilità di confronto al netto delle differenze intrinseche tra i vari contesti locali tenendo conto dei possibili limiti dovuti alla regionalizzazione del SSN e all'estrema eterogeneità del contesto assistenziale italiano.

Relativamente alla digitalizzazione e in linea con gli obiettivi del PNRR, si è discusso di come le LG e i PDTA dovranno considerare l'aspetto emergente della progressiva digitalizzazione che sta caratterizzando l'attuale trend sanitario. In tale contesto, è necessario garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e, allo stesso tempo, garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria nel rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni del paziente.

### Monitoraggio e verifica delle performance

Gli investimenti previsti dal PNRR rappresentano un primo passo per garantire la ripresa della funzionalità del SSN. Le riforme associate agli investimenti, dovrebbero garantire le condizioni affinché gli investimenti possano produrre maggiore salute, sviluppo sociale e, di conseguenza, crescita economica. Tale obiettivo è raggiungibile solo in presenza di nuovi modelli di investimento, che non si limitino a rifinanziare l'esistente ma che aumentino l'efficienza e la produttività del SSN, trasformandolo e innovandolo. Affinché gli investimenti possano generare valore aggiunto, al fianco delle riforme, è necessario costruire un sistema di monitoraggio coerente e organico che definisca in maniera congiunta metriche e target ex ante controllandole in itinere, in coerenza con gli obiettivi di processo, e che verifichi il raggiungimento dei target ex post.

Ulteriori temi di discussione hanno riguardato: (I) le prospettive da considerare a livello centrale quando si definisce un investimento; (II) il valore che tale investimento produce e ancora (III) l'importanza di disporre di dati trasparenti e aggiornati per monitorare i risultati raggiunti.

**Figura 2** Il modello di coinvolgimento



Le prospettive che il livello centrale deve considerare quando vincola le risorse in piani di innovazione tecnologica indirizzati al miglioramento dello stato di Salute della popolazione, sono quelle del paziente, del cittadino e del personale sanitario. La prospettiva del paziente e quella del personale sanitario rappresentano l'elemento chiave in quanto sono essi i fruitori ed utilizzatori principali dei servizi offerti, nonché coloro che subiscono in modo diretto le conseguenze di un investimento: per i pazienti, l'utilizzo di una innovazione tecnologica ha impatto sugli *outcome* di efficacia e sulla qualità della vita; per il personale sanitario, l'adozione di una tecnologia richiede la valutazione della sicurezza, del carico di lavoro, della formazione e dell'aggiornamento e potenziamento del personale. Anche il cittadino non che non necessita ed oggi di servizi sanitari è indirettamente influenzato dall'investimento in quanto l'adozione di una innovazione tecnologica comporta una riduzione del costo sociale che si riflette in un minor contributo alla spesa pubblica (costi indiretti).

Sono state definite le voci di costo utili nella definizione del valore: è importante considerare congiuntamente i costi diretti sanitari, i costi diretti non sanitari e costi indiretti (perdita di produttività, perdita fiscale e sistema previdenziale), in modo da ottenere una misura del *valore* dell'investimento a 360 gradi e superare la logica dei *Silos* per identificare consumi emergenti e cessanti su cui basare gli investimenti.

L'investimento non deve, quindi, essere inteso solo come spesa in conto capitale, ovvero un esborso che prevede un finanziamento a fronte dell'acquisto di qualcosa di oggettivo e tangibile che distribuisca la sua utilità nel tempo ma occorre far riferimento ad una definizione allargata di investimento che consideri anche elementi e beni intangibili.

La misurazione dell'impatto di un investimento, al fine di garantire una decisione informata, è legata al concetto di *dati sanitari*. Oggi la raccolta dei dati rappresenta una delle principali criticità in quanto è estremamente difficile avere tracciabilità di ciò che è stato fatto a livello organizzativo. Per il monitoraggio e la verifica delle *performance* delle varie tecnologie utilizzate, diventa fondamentale la raccolta dei dati. Sfruttare appieno i progetti del PNRR per aggiornare i *database* riguardo le ospedalizzazioni e l'assistenza territoriale rappresenta l'elemento cruciale al fine di permettere una corretta pianificazione e programmazione degli investimenti. Le criticità attuali per disporre di dati sugli esiti e sull'uso di un determinato dispositivo medico per singolo paziente risiedono nelle differenze tra regioni: esiste, purtroppo, una grande difficoltà di gestire ed interpretare a livello macro le informazioni, che provengono da sistemi fortemente differenziati tra di loro. Anche se un determinato progetto ha portata nazionale, la raccolta dati avviene a livello regionale e le eterogeneità

locali portano a risultati differenti in termini di loro raccolta. Tale eterogeneità implica che i risultati siano difficilmente comparabili tra loro. L'implementazione, quindi, di sistemi di gestione delle informazioni e loro analisi omogenei tra i diversi attori del sistema concorrerebbe ad un utilizzo più efficace di tali flussi non solo a livello locale ma anche a livello nazionale. Tra i problemi tecnici, nonché limiti oggettivi, che ostacolano la raccolta dei dati, rientrano aspetti di tipo informatico ma soprattutto di tipo normativo (es. tutela della privacy) che spesso ostacolano tale processo e fanno rimanere i dati "bloccati" nel livello regionale. Per quanto riguarda il delicato tema della privacy, i dati dovrebbero essere fruibili anche ai privati per far sì che producano un'utilità più ampia possibile e favoriscano la creazione di un vero e proprio *sistema di dati*. In questo senso, si ritiene preferibile, attraverso un processo di anonimizzazione del dato, la condivisione dei dati in forma puntuale riferiti al singolo individuo. La forma aggregata esclude la possibilità di effettuare analisi specifiche, in quanto l'aggregazione rappresenta una prima elaborazione che limita le possibili informazioni utili che si possono estrarre a parità di dato di partenza. Si ritiene necessario uscire dall'ottica di non voler fornire i dati ed entrare nell'ottica che fornire, generare e far emergere i dati (nel rispetto della privacy) rappresenta un fattore di utilità generale in termini di ricerca e di output clinico. Ogni singolo accesso del paziente in struttura sanitaria dovrebbe generare dati utilizzabili per il monitoraggio e la programmazione delle attività. Ma la *questione dati* va estesa oltre le criticità relative alla disponibilità, alla raccolta, alla messa insieme e all'uniformazione in quanto ad oggi il SSN non dispone di un sistema basato su dati ed esiti. Non è stato trovato un modo di far diventare i dati parte del sistema sanitario, quindi i dati non possono rappresentare un driver delle decisioni. Si tratta di limiti soggettivi" quali: (I) problemi di motivazione; (II) inerzia al cambiamento; e (III) mancanza di stimoli per chi ha la responsabilità della loro raccolta. L'obiettivo è quello di superare, innanzitutto, i limiti soggettivi e creare un sistema a cascata che favorisca la raccolta del dato a monte ponendolo al centro della programmazione, e del monitoraggio a valle.

I dati vanno inoltre utilizzati anche per la valutazione del fabbisogno di nuove tecnologie, che spesso si basa solo sullo storico e non sulla reale necessità. Le disomogeneità tra regioni in termini di produzione e raccolta dati rendono difficile la costruzione di modelli predittivi.

La decisione di sostituzione/concessione di una innovazione diventa maggiormente sfidante per particolari tecnologie sanitarie riguardanti, ad esempio, i modelli organizzativi, mentre per le grandi attrezzature biomedicali diagnostico-terapeutiche il *break even point* per capire se sostituire una tecnologia obsoleta è di più semplice individuazione (sostituzione/rinnovo sulla base dell'utilizzo).

Tutti questi obiettivi possono essere raggiunti solo se si supera la diversità tra i sistemi informativi delle regioni. Si propone non il passaggio ad un sistema informativo unico, ritenuto troppo oneroso, ma l'adozione di una strategia di interoperabilità tra sistemi informativi che siano in grado di comunicare in modo flessibile, efficace ed efficiente.

Si rende necessario garantire l'appropriatezza d'uso dei dati mediante la definizione di una metodologia condivisa e omogenea. Da qui l'idea di definire un *dataset* minimo che le regioni devono generare obbligatoriamente, anche attraverso un ridimensionamento dei dati da richiedere al fine di renderli fruibili, funzionali e di più immediato utilizzo in un'ottica di valutazione degli esiti. Si sono definiti di possibili vantaggi dati dal ricorso ad un dataset minimo:

- la garanzia della trasmissione dei dati prodotti dalle regioni, che spesso esistono ma sono difficilmente accessibili;
- lo stimolo alla produzione di nuovi dati, in linea ad una realtà in continua evoluzione;
- supportare la decisione di sostituzione/concessione di tecnologie innovative nel SSN;
- favorire sistemi di remunerazione relativi a processi assistenziali, piuttosto che a singole prestazioni, coerenti con i costi dei processi correlati.

Al netto dei limiti legati alla raccolta dei dati, occorre definire quale sarà l'*outcome* atteso, l'obiettivo che si vuole raggiungere attraverso il dato in quanto ogni obiettivo porta con sé vari indicatori, di esito e di processo, che richiedono una definizione prima della raccolta in modo che la produzione e la raccolta dei dati possano essere incanalati nella giusta direzione. Si è ritenuto necessario parlare di monitoraggio non in termini assoluti ma in relazione ad un progetto specifico, definito in modo multidisciplinare, per il quale valutare le performance. In quest'ottica, è importante ragionare sia in termini di outcome clinico di base (outcome di efficacia) sia sui fattori critici di successo tecnologici (es. esiti di tipo sociale, organizzativo, economico, industriale, proxy dell'efficienza, etc.). per raggiungere tale *outcome*.

L'esito di salute in senso stretto, però, a volte non è direttamente misurabile. In questo caso si può far ricorso ad alcuni indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE) da utilizzare come proxy. Le proposte su cosa monitorare e sulle relative modalità, devono quindi basarsi sulle criticità alle quali ci si vuole rivolgere dando valore agli indicatori di esito e di processo. Per ogni criticità è necessario evidenziare le principali lacune, gli obiettivi, i dati necessari ed i principali canali

a disposizione per il monitoraggio delle performance. Inoltre, il dato è utile a tracciare la tecnologia e comprendere gli esiti, ma a monte sono necessari database capaci di fornire le informazioni necessarie e che possano comunicare tra loro (database linkage). Ad esempio, la possibilità di linkare i dati presenti nei database del Nuovo Sistema Sanitario Informativo (NSIS) presso il Ministero della Salute e i dati presenti nei diversi database dell'INPS consentirebbe una migliore e più efficiente programmazione dell'assistenza, andando oltre l'esito in senso stretto e considerando sia i costi diretti sanitari che sia l'impatto sociale ed economico degli interventi.

### CONCLUSIONI

Nei Sistemi Sanitari solidaristici avanzati, è ormai un obbligo morale, procedurale, economico e scientifico registrare, monitorare e misurare le attività caratterizzanti l'assistenza sanitaria e sociale. Diventa imperativo, conseguentemente, proporre e realizzare un sistema in cui tutti gli interlocutori possano interagire e attingere informazioni coerentemente con le proprie funzioni.

L'esperienza della pandemia ha evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie avanzate e su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, anche per supportare l'introduzione di modelli organizzativi mirati a favorire l'integrazione tra i diversi livelli di cura e assistenza.

Non solo, l'emergenza COVID-19 ha fatto emergere, in maniera dirompente, la necessità di una trasformazione digitale della sanità che non sia intesa esclusivamente come una mera digitalizzazione dei servizi esistenti, ma soprattutto come una innovazione medica, clinica e culturale dell'intero processo di assistenza sanitaria.

Per tale motivo, si ritiene indispensabile investire i fondi messi a disposizione dalla Missione Sanità del PNRR in modo appropriato, considerando il contesto di riferimento e l'impatto organizzativo che tali scelte possono apportare.

Il PNRR è un documento che descrive le modalità di allocazione di ingenti risorse di investimento per il SSN che devono garantire valore entro 5 anni per ottenere l'effettivo riconoscimento finanziario da parte della EU e giustificare l'aumento del debito per le generazioni future (Anessi Pessina, Cicchetti et al., 2021).

È evidente, però, che la sola disponibilità di risorse non consente l'attuazione di un vero cambiamento e adeguamento del SSN al futuro che ci aspetta se non è accompagnato da una volontà certa della politica e di tutti i portatori di interesse a voler migliorare l'attuale SSN. Le risorse devono essere vincolate a quegli interventi

che producono un valore per l'SSN che può essere *misurato* solo se si definiscono degli strumenti trasparenti e condivisi in grado di monitorare gli outcome desiderati.

## DISCUSSIONE

I lavori di questa edizione dell'HPF sono stati dedicati ad un'analisi preliminare degli investimenti previsti dal PNRR e si sono focalizzati sulla valutazione del modello di governance del Piano. La discussione ha cercato di identificare alcune azioni prioritarie per comporre il gap presente tra gli obiettivi previsti dal PNRR e le problematiche organizzative dell'attuale SNN soprattutto in relazione alla disponibilità dei dati sanitari, necessari sia per informatizzare il percorso del paziente che per valutare gli esiti degli investimenti.

La situazione pandemica ha accelerato e diversificato le tendenze del *knowledge management* (KM) nelle organizzazioni pubbliche. In particolare, l'era digitale si apre ad un nuovo paradigma di KM che abbraccia la visione sistemica come elemento trainante per affrontare gli eventi critici basandosi su un crescente approccio collettivo orientato alla conoscenza. Le organizzazioni pubbliche che non percepiscono quanto sia rilevante la gestione della conoscenza collettiva possono creare strategie inefficienti e fornire servizi che non si adattano ai bisogni dei cittadini. In tempi di crisi, questo fallimento può comportare una significativa riduzione del benessere sociale (Mennini, Favato et al., 2021).

### *I commenti e le proposte dell'Health Policy Forum*

Durante le sessioni plenarie e i gruppi di lavoro di questa edizione dell'HPF, sono state avallate delle proposte operative e dei commenti all'approccio utilizzato nella definizione degli investimenti del PNRR che sono state sintetizzate in seguito.

Per la definizione appropriata degli investimenti, coerentemente con quanto definito dal PNRR, andrebbe adottato innanzitutto un approccio *One Health*, ossia un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse orientate al riconoscimento di un legame indissolubile tra la salute umana, animale e dell'ecosistema. L'approccio *One Health* ha l'obiettivo di ottimizzare la Salute globale affrontando i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge.

Le proposte avanzate dai membri dell'HPF durante i lavori sono state raccolte in una tabella in cui è stato descritto l'obiettivo della proposta.

Proposta	Descrizione
Fondare il sistema di monitoraggio dell'implementazione dei progetti del PNRR sugli obiettivi raggiunti in termini di esiti di salute	Il SSN deve istituire un sistema di monitoraggio e valutazione multidimensionale relativo agli investimenti previsti nel PNRR. Infatti, affinché gli interventi producano effettivo valore aggiunto, è necessario predisporre un sistema di monitoraggio degli outcome coerente che, ex ante, definisca gli obiettivi e le metriche di valutazione e che ex post verifichi il corretto raggiungimento degli outcome prefissati. Agli indicatori di outcome devono essere associati i relativi target, che avranno uno standard nazionale, ma anche saranno calcolati a livello regionale.
Utilizzare la leva finanziaria per misurare l'aderenza agli obiettivi clinico assistenziali degli investimenti	Le ingenti risorse messe a disposizione dal PNRR richiedono l'utilizzo di strumenti finanziari che favoriscano processi di cambiamento virtuoso. L'utilizzo di incentivi finanziari per le Regioni e le aziende in relazione al conseguimento degli obiettivi previsti dai progetti può rappresentare uno strumento idoneo per innescare dei cambiamenti virtuosi sui processi e sull'outcome. (Es. PNE)
Considerare la mobilità passiva per ricoveri ordinari quale criterio per l'allocazione delle risorse messe a disposizione dal PNRR	La mobilità passiva extraregionale è di fatto una conseguenza della carenza di strutture e tecnologie adeguate necessarie per curare una determinata patologia in una Regione. Per tale motivo la programmazione degli investimenti dovrebbe promuovere il potenziamento dell'offerta di servizi ospedalieri e territoriali di quelle Regioni caratterizzate da una elevata mobilità passiva. La conseguenza è che la mobilità passiva dovrebbe rientrare tra i criteri per l'allocazione delle risorse.
Valutare l'impiego di personale nelle strutture dell'SSN e garantire un processo di formazione continua	Un'allocazione appropriata delle risorse messe a disposizione per la missione 2 richiede la definizione di un sistema di monitoraggio per misurare lo skill mix del personale sanitario. Per tale motivo vi è la necessità di prevedere l'erogazione di corsi di formazione interregionali e definire le modalità di erogazione di processi formativi per il cambio di ruoli. Inoltre, è necessario investire su quelle categorie professionali che possano assumere il ruolo di facilitatori delle relazioni tra la PA e il mondo delle Aziende produttrici di innovazioni tecnologiche.
Definire degli standard tecnologici digitali per tutte le Strutture dell'SSN	L'intervento del PNRR relativo alla digitalizzazione degli ospedali e all'aggiornamento del patrimonio digitale delle strutture sanitarie pubbliche permetterà di migliorare l'efficienza dell'erogazione dei LEA e di adeguare strutture ai migliori standard organizzativi internazionali. La definizione di standard tecnologici uniformi su tutto il territorio nazionale permetterebbe di informatizzare il percorso del paziente (patient journey) e quindi di monitorare real-time il suo percorso di cura indipendentemente dalla struttura di cura. Tale obiettivo può essere raggiunto solo se telemedicina venisse inserita nel LEA, poiché questo permetterebbe di raggiungere lo stesso livello di digitalizzazione delle strutture afferenti all'SSN.

Proposta	Descrizione
<p>Definire in modo univoco il concetto di obsolescenza tecnologica per allocare in modo appropriato le risorse per l'acquisto delle Grandi Apparecchiature</p>	<p>L'allocazione corretta delle risorse del PNRR messe a disposizione per l'acquisto e il collaudo di grandi apparecchiature in sostituzione di quelle obsolete e fuori uso con oltre 5 anni di vetustà, è correlata al concetto di obsolescenza. In generale, è ampiamente riconosciuto che l'obsolescenza delle apparecchiature sanitarie compromette la qualità delle prestazioni, l'efficienza d'uso, evita la potenziale fruizione e interazione digitale e incide negativamente sulla sostenibilità del SSN, che deve affrontare alti costi di manutenzione e maggiori inefficienze come ad esempio un aumento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. La sostituzione, però, di tali apparecchiature non deve prescindere da una valutazione corretta del fabbisogno tecnologico in base all'analisi delle risorse strutturali e di personale al fine di comprendere l'impatto reale in termini di costo-beneficio. Inoltre, in un quadro nazionale in cui è presente un'elevata eterogeneità del parco macchine installato, è necessario definire delle procedure di disinvestimento delle apparecchiature per evitare un overlapping tra le tecnologie. L'obsolescenza, di conseguenza, non può essere valutata solo considerando la vetustà anagrafica della macchina ma ulteriori elementi, quali la capacità della macchina di rispondere al fabbisogno in modo appropriato.</p>
<p>Definire a livello centrale delle linee guida vincolanti per tutte le Regioni che si apprestano a progettare e realizzare nuovi Ospedali o Ospedali di comunità</p>	<p>L'allocazione delle risorse nei nuovi ospedali deve essere guidata da linee guida vincolanti al fine di rivolgere i finanziamenti solo verso le strutture che rispettano determinati requisiti, con il fine di ottenere strutture moderne e capaci di garantire la flessibilità e la capacità di adattamento a diverse fattispecie o emergenze future. Questo permetterebbe di creare un ospedale dove l'efficientamento energetico, la sostenibilità energetica attraverso le fonti rinnovabili e l'impiantistica specialistica sono elementi cruciali (One Health Fair), che condurrebbero (I) al risparmio energetico ed ambientale (materiali, percorsi, ciclo dei rifiuti, riuso acqua piovana, etc.); (II) alla produzione e/o uso di energia da fonti rinnovabili (fotovoltaico, solare termico, eolico, etc.); (III) ai posti per ricarica auto elettriche (dipendenti, visitatori, manutentori, etc.); (IV) all'impiantistica specialistica (elettrica, gas medicinali, impianti di climatizzazione) disponibile nelle degenze ordinarie con possibilità di facile e rapida riconversione in posti di letto sub intensivi ed intensivi; e infine (v) all'Accessibilità dell'Ospedale attraverso le reti stradali e autostradali.</p>
<p>Individuare una modalità di gestione dei dati che sono prodotti dalla digitalizzazione del percorso del paziente</p>	<p>La trasformazione digitale definita nel PNRR non è questo una "semplice" informatizzazione dei processi, ma una riorganizzazione dei servizi sanitari e come questi vengono fruiti da cittadini e pazienti. Questo implica la definizione di strumenti atti a misurare il "dato" per analizzare e monitorare il contesto organizzativo delle Strutture Sanitarie e di individuare le soluzioni organizzative e gestionali più appropriate sulla base degli esiti raggiunti. Tale obiettivo può essere raggiunto solo se si definiscono degli standard di interoperabilità per integrare dati provenienti da fonti diversificate e se si adottano anagrafiche e codifiche comuni in tutto il Paese.</p>



## BIBIOGRAFIA

- *Eugenio Anessi Pessina, Americo Cicchetti, Federico Spandonaro, Barbara Polistena, Daniela D'Angela, Cristina Masella, Giuseppe Costa, Sabina Nuti, Federico Vola, Milena Vainieri, Amelia Compagni, Giovanni Fattore, Francesco Longo, Michela Bobini, Francesca Meda, Claudio Buongiorno Sottoriva, in "MECOSAN" 119/2021, pp. 89-117.*
- *Cicchetti A. et al, Analysis of the organizational models of response to Covid-19 in Italy: evidence from 32 Altems' Instant Reports, Giornale Italiano di Health Technology Assessment, 2021, n. 14 (Suppl. 1).*
- *Mennini, F.S., Magni, D., Daniele, L., & Favato, G. (2021). Knowledge management in turbulent times: time-based scenario analysis of vaccinations against COVID-19. JOURNAL OF KNOWLEDGE MANAGEMENT2021.*
- *PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA. Disponibile on line <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Ultimo accesso 25/06/2021*

---

**KOS** | EDITRICE

© 2022, KOS Comunicazione e servizi srl Roma  
segreteria@koscomunicazione.it [www.koscomunicazione.it](http://www.koscomunicazione.it)

Edizione maggio 2022

Allegato a Panorama della Sanità • N. 6 GIU 2021

---



# HEALTH POLICY FORUM



[www.sihta.it](http://www.sihta.it)