

# 1 Alcuni processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari in ambito internazionale

1 Introduzione

2 Le riconfigurazioni cliniche nel sistema inglese dal 2007 al 2012

3 Le indicazioni del “Five Year Forward View”

4 L’integrazione verticale tra ospedali per acuti e territorio

5 Le “Accountable Care Organizations” dagli USA all’Europa, verso gli “Accountable Care System”

6 Reti ospedaliere e rapporti con l’Università

7 I sistemi di remunerazione e contrattazione

8 Alcune valutazioni conclusive

## 1 Introduzione

Il NHS ha da sempre rappresentato un forte “richiamo” per il sistema sanitario italiano, a cominciare dal 1978 quando venne adottato un modello simile a quello introdotto con la proposta Beveridge trent’anni prima nel Regno Unito, per proseguire con i decreti dell’aziendalizzazione dei primi anni Novanta, fortemente influenzati dal paradigma del *New Public Management* e dalle riforme dei quasi mercati avviate dal governo Thatcher. Anche le proposte dei primi anni del governo Blair, con la rinnovata enfasi sui temi della cooperazione, concertazione e delle reti integrate, riecheggiano nello spirito del D.Lgs 229/99, così come gli orientamenti presi dal Regno Unito nel 1999 verso un crescente decentramento del potere politico presentano qualche similitudine con il processo di decentramento legislativo alle regioni avviato nel nostro paese con la riforma del Titolo V del 2001. Gli anni seguenti segnano invece una discontinuità tra i due paesi, soprattutto a partire dal 2013 quando la riforma del governo di coalizione con guida conservatrice di Cameron (*Health and Social Care Act 2012*) ha cambiato nuovamente il volto del sistema sanitario inglese. In quell’occasione si è proceduto ad abolire le *Strategic Health Authorities* e dei *Primary Care Trusts* – che svolgevano funzioni paragonabili rispettivamente alle nostre regioni e alle nostre aziende territoriali -, sostituendole con un’unica agenzia pubblica denominata *NHS England* (in precedenza denominata *NHS Commissioning Board Authority*) che ha il compito di monitorare e finanziare le attività di oltre 200 consorzi di medici di medicina generale, denominati *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) (Maciocco, 2013). La medicina generale è quindi diventata il vero fulcro di un sistema che ha azzerato completamente la programmazione territoriale pubblica (Ugolini, 2017). Nonostante Inghilterra e Italia abbiano chiaramente separato da alcuni anni i propri percorsi di riforma, è indubbio che i numerosi mutamenti demografici sociali e tecnologici che stanno influenzando i due paesi sono tutt’altro che dissimili. A partire dal 2014 l’NHS inglese ha avviato una riflessione di medio lungo periodo, tesa a disegnare possibili direzioni di cambiamento organizzativo necessarie a garantire la sostenibilità di lungo periodo del sistema sanitario. Il frutto di questa riflessione è l’avvio di un processo di profonda trasformazione che punta a modificare i modelli organizzativi per le cure ospedaliere e il loro collegamento con le cure territoriali. Obiettivo di questa sezione è presentare le più recenti riconfigurazioni organizzative in corso all’interno del sistema sanitario inglese, cercando di valutare se alcune delle direzioni intraprese possano fornire utili elementi per la discussione sul riassetto dell’area metropolitana di Bologna. A questo scopo le principali informazioni presentate nei sei paragrafi vengono riassunte in riquadri di sintesi mentre il settimo paragrafo intende fornire alcune riflessioni preliminari.

## 2 Le riconfigurazioni cliniche nel sistema inglese dal 2007 al 2012

Negli ultimi anni il sistema inglese è stato investito da un'ondata di riconfigurazioni dei servizi clinici orientati ad una crescente integrazione e centralizzazione dei processi assistenziali, spesso però realizzate senza adeguate evidenze empiriche e in assenza di un robusto quadro metodologico di riferimento.<sup>1</sup> Analizzando le riorganizzazioni avvenute nel contesto inglese tra il 1997 e il 2015<sup>2</sup>, numerosi studi (Goddard e Ferguson, 1997; King's Fund, 2014; Collins, 2015; Imison et al., 2014, 2015; Edwards, 2014) giudicano l'evidenza empirica disponibile particolarmente scarsa in ambito ospedaliero e nonostante le riorganizzazioni/razionalizzazioni siano state soprattutto spinte dalla necessità di generare significativi risparmi di spesa mancano valutazioni accurate di impatto sui costi. In particolare, le fusioni tra ospedali, le forme più diffuse di soluzione organizzativa adottata quando un ospedale si trova in difficoltà finanziaria, sono state realizzate con il presupposto che portassero vantaggi economici, clinici e politici, soprattutto grazie alle economie di scala e di scopo derivanti dalla riduzione dei costi di gestione e dalle razionalizzazioni dei processi di fornitura, ma le conclusioni empiriche raggiunte non sono univoche. Più articolato invece il quadro relativo ai miglioramenti qualitativi derivanti da queste operazioni, che sembrano maggiormente consistenti laddove si sono centralizzati servizi di alta specialità (soprattutto cardiovascolare e traumi), cure territoriali e servizi di salute mentale per i quali si dimostra che le soluzioni gestite sul territorio sono capaci di migliorare la qualità del processo assistenziale ma, contrariamente alle attese, non producono risparmi di spesa (Imison et al., 2014; Posnett, 2002). Nelle conclusioni del King's Fund (2014) *"le evidenze suggeriscono che quanto più alto è il grado di cambiamento organizzativo che si vuole ottenere, tanto maggiore è il rischio che il beneficio non sia raggiunto"* (Geddes, 2014). In quanto segue, ne esamineremo i principali risultati con maggiore dettaglio.

Secondo Imison et al. (2014), l'idea che ha guidato moltissimi cambiamenti in ambito ospedaliero negli ultimi decenni, *"biggest is best"*, non è avvalorata da un quadro empirico convincente (Nolte et al., 2014). Nel sistema inglese, dal 1962 il numero di ospedali per acuti si è ridotto dell'85% ed ora essi servono mediamente una popolazione di 300,000 abitanti contro una media europea di circa 54,000 (WHO, 2011). Le analisi empiriche più recenti suggeriscono che gli ospedali piccoli (con volume di ricavi inferiore ai 300 milioni di sterline) non sono necessariamente meno sicuri o meno efficienti (esempi per gli Stati Uniti Gadzinski et al., 2013; per l'Inghilterra Gaynor et al., 2012 e Monitor, 2014) e anche laddove ci sono procedure per le quali è opportuno raggiungere un volume di produzione ottimale, di solito questo volume è inferiore alla soglia a cui gran parte degli ospedali inglesi già opera (Posnett, 2002). La relazione volume-esito non sempre è la conferma di una relazione causale, perché ottimi risultati si riscontrano in ospedali piccoli e viceversa (Harrison, 2012). Le economie di scala sembrano pienamente sfruttate per ospedali che hanno circa 200 posti letto, mentre a 650 posti letto cominciano a generarsi diseconomie. Non ci sono evidenze univoche che suggeriscano l'esistenza di reali economie di scopo (Frontier Economics and the Boston Consulting Group, 2012; European Observatory, 2002) e nemmeno di una chiara correlazione tra dimensione dell'ospedale e il suo risultato finanziario (Monitor, 2014). Una maggiore distanza dall'ospedale comporta invece un aumentato rischio di morte (per Nicholl et al., 2007 nella misura dell'1% per una variazione marginale di 10 Km) e una diminuzione della probabilità di accesso al

---

<sup>1</sup> Per un inquadramento metodologico si rimanda al corposo lavoro di Ferlie et al. (2010).

<sup>2</sup> In particolare, King's Fund (2014) presenta una rassegna dei lavori empirici che hanno analizzato le fusioni dei 112 ospedali inglesi avvenute tra il 1997 e il 2006 mentre Collins (2015) si esaminano 20 operazioni di fusione tra il 2010 e il primo semestre 2015. Nei lavori di Imison et al. (2014, 2015) vengono invece prese in esame le analisi effettuate dal NCAT (National Clinical Advisory Team) sulle riconfigurazioni dei servizi clinici avvenute tra il 2007 e il 2012. Le riconfigurazioni possono coinvolgere un intero ospedale, i servizi territoriali oppure servizi specifici come i servizi di salute mentale, emergenza-urgenza, servizi medici e chirurgici per acuti, chirurgia elettiva, traumi, ictus e cardiologia interventista, servizi materno-infantili.

crescere della distanza che è particolarmente evidente per i soggetti fragili come anziani, disabili e gruppi economicamente meno abbienti (Mungall, 2005).

Nuove analisi empiriche supportano l'idea che in ambito ospedaliero "*small can work*" (NHS, 2003) e questo ha portato a mettere in discussione un modello assistenziale che concentra le funzioni cliniche in pochi grandi ospedali, a favore di una rete di ospedali di diversa dimensione fortemente integrati tra loro e con il territorio (Imison et al., 2014), creando un sistema complesso di organizzazione delle cure dove alcune funzioni vengono centralizzate e organizzate secondo il modello *hub-and-spoke*, quelle di alta specialità, ma può essere altrettanto opportuno disperderne altre sul territorio per garantire migliore accessibilità alle cure da parte dei cittadini, soprattutto per le aree tempo-dipendenti, così come può essere opportuno organizzare i servizi chirurgici, separando i centri dedicati all'emergenza (*hot sites*) dai centri dedicati ai trattamenti elettivi (*cold sites*).

Le riorganizzazioni che hanno coinvolto le cure territoriali erano invece mosse dalla constatazione che tra il 50 e il 60% dei posti letto in area medica fossero occupati da soggetti che potevano essere curati in *settings* alternativi (Edwards, 2014) e che, per assorbire questa domanda, le cure intermedie sarebbero dovute almeno raddoppiare per evitare accessi inappropriati sia al pronto soccorso che ai reparti ospedalieri. Se le analisi empiriche mostrano che gli investimenti fatti per la realizzazione dei programmi di reparto virtuale<sup>3</sup>, di ospedalizzazione domiciliare e di assistenza individualizzata hanno migliorato gli esiti di salute e accresciuto la soddisfazione dei pazienti (Nolte e Pitchforth, 2014), l'impatto sui ricoveri inappropriati non è univoco e mentre non si evidenziano significativi risparmi sulle cure secondarie esiste il rischio che la molteplicità delle alternative di cura soddisfi una domanda precedentemente inespressa e produca un aumento della spesa complessiva (Bardsley et al., 20013; Roland e Abel, 2012).

Cinque i fattori correlati che vanno considerati quando si valuta la riconfigurazione di un servizio: personale, qualità, costi, accessibilità e tecnologia (Imison, 2011; Imison et al., 2014) e le migliori riconfigurazioni sono quelle che riescono ad ottimizzare simultaneamente i cinque elementi. Il quadro tecnologico in cui si pensano le riorganizzazioni è infatti enormemente cambiato negli ultimi anni e il ricorso alle tecnologie informatiche (*Information and Communication Technologies-ICT*) offre crescenti opportunità di mantenere o diffondere un accesso locale ai servizi, soprattutto per i pazienti a basso rischio e quindi la scelta di centralizzare e integrare i servizi non pare più l'unica soluzione possibile per migliorare efficienza e qualità dei processi assistenziali. Da questo punto di vista le ICT sono in grado di mitigare la pressione alla centralizzazione dei servizi, consentendo la creazione di reti non più solo fisiche ma digitali, il disegno di sistemi di cura coordinati e privi di duplicazioni e permettendo di garantire una buona accessibilità ai servizi sul territorio.<sup>4</sup> Inoltre, le più recenti riconfigurazioni proposte per il NHS inglese sono spinte anche dalla necessità di ottimizzare l'uso del personale, soprattutto di quello medico che rappresenta la risorsa più costosa e vincolata. Soprattutto quando la riconfigurazione clinica si propone di spostare parte dell'attività assistenziale sul territorio possono emergere significative carenze di personale che limitano

---

<sup>3</sup> I reparti virtuali sono modalità organizzative nuove create grazie alla telemedicina, sono costituite da equipe di alta specialità che svolge su richiesta attività di consulenza a beneficio di pazienti fisicamente degenti presso reparti "reali". In Italia la prima esperienza è quella del reparto virtuale di infettivologia presso il policlinico Gemelli, negli Stati Uniti molto noto è l'ospedale *Mercy Virtual* di Chesterfield nel Missouri, inaugurato nel 2015, è una struttura di 4 piani che occupa 330 unità di personale tra medici e infermieri in grado di gestire in remoto oltre 2400 pazienti.

<sup>4</sup> Per NHS England (2017) la digitalizzazione delle cure primarie è completata ma lo stesso non può dirsi per l'area ospedaliera per acuti, per i servizi di salute mentale e per le cure intermedie. Sforzi ulteriori vanno fatti in queste direzioni.

fortemente la riuscita del progetto, a cui si aggiunge poi la mancanza di figure professionali compatibili ai nuovi modelli di cura. Mentre i cambiamenti tecnologici non vengono mai citati come driver del cambiamento, essi sembrano invece ricoprire un ruolo determinante nelle riconfigurazioni proprio perché consentono di mitigare le spinte alla centralizzazione determinate dalle carenze di personale disponibile e favorire lo sviluppo di reti cliniche altamente digitalizzate.

#### **Box. Le riconfigurazioni cliniche nel sistema inglese, un quadro dei risultati raggiunti**

- L'idea che ha guidato moltissimi cambiamenti in ambito ospedaliero negli ultimi decenni, "*biggest is best*", non è avvalorata da un quadro empirico convincente.
- Le riconfigurazioni dei servizi clinici tramite fusioni e concentrazioni avvenute in Inghilterra tra il 1997 e il 2015 sono state spinte dalla necessità di generare significativi risparmi di spesa, ma le conclusioni empiriche raggiunte sul recupero di efficienza non sono univoche.
- L'analisi empirica mostra invece la possibilità che le riconfigurazioni abbiano migliorato la qualità del processo assistenziale, laddove si sono centralizzati servizi di alta specialità (soprattutto cardiovascolare e traumi), cure territoriali e servizi di salute mentale. Per i servizi ospedalieri non di alta specialità, invece, una maggiore distanza dall'ospedale comporta invece un aumentato rischio di morte e un peggioramento dell'accessibilità soprattutto per i gruppi più fragili.
- Nuove analisi empiriche supportano l'idea che in ambito ospedaliero "*small can work*" (NHS, 2003) e questo mette in discussione un modello assistenziale che concentra le funzioni cliniche in pochi grandi ospedali, a favore di una rete di ospedali di diversa dimensione fortemente integrati tra loro e con il territorio.
- Per alcune funzioni di alta specialità si è dimostrata l'opportunità di adottare il modello *hub-and-spoke* mentre per le aree tempo-dipendenti si preferisce una maggiore dispersione sul territorio.
- I servizi chirurgici possono essere organizzati separando i centri dedicati all'emergenza (*hot sites*) dai centri dedicati ai trattamenti elettivi (*cold sites*).
- Le tecnologie informatiche (ICT) sono lo strumento che mitiga la pressione alla centralizzazione dei servizi, consentendo la creazione di reti cliniche, ma anche professionali, altamente digitalizzate.

### **3 Le indicazioni del "Five Year Forward View"**

Nell'ottobre del 2014 a fronte dei numerosi mutamenti demografici sociali e tecnologici che stanno fortemente influenzando i sistemi sanitari di tutto il mondo, l'NHS inglese ha avviato una riflessione di medio lungo periodo, all'interno di un documento denominato *Five year forward view*, mirato a indicare possibili direzioni di cambiamento necessarie per raggiungere gli obiettivi delineati. Riconoscendo la rilevanza di un cambiamento deciso di rotta, il documento invoca un più ampio coinvolgimento dei pazienti (*empowering patients*) della società civile e delle comunità locali (*engaging communities*) per una più incisiva lotta alle disuguaglianze sociali, un aumentato bisogno della prevenzione<sup>5</sup> e delle misure di salute pubblica, una migliore integrazione tra sociale e sanitario (anche attraverso la proposta di modelli di *joint commissioning* tra NHS ed enti locali) ma anche all'interno della sanità la rimozione delle barriere<sup>6</sup> tra servizi ospedalieri e servizi territoriali. Il documento riconosce l'impossibilità di proporre l'adozione di un unico modello organizzativo per l'intera Inghilterra ma nemmeno di permettere lo sviluppo di "*a thousand flowers bloom*": l'intento è quello di aiutare i diversi territori a scegliere l'opzione organizzativa più adatta all'interno però di un numero limitato di proposte innovative selezionate dal Ministero, orientate a garantire la

<sup>5</sup> Sorprendente la rinnovata enfasi sulla prevenzione per un sistema sanitario che, come ricorda Maciocco (2014), fu "cancellata, nella riforma del 2013, dalle funzioni del NHS e trasferita come un gentile pacco alle autorità municipali."

<sup>6</sup> Barriere che si sono accresciute con la riforma Cameron del 2012 e che Lancet (2014) definisce barriere "confini tribali" (Maciocco, 2014).

sostenibilità economica del NHS nel lungo periodo. Tre le leve del cambiamento: maggiori risorse destinate al finanziamento, orientamento della domanda, recupero di efficienza. Obiettivo è raggiungere la “triple challenge”: migliorare la salute, la qualità delle cure sanitarie e la sostenibilità finanziaria, realizzando “the biggest national move to integrated care of any major western country” (NHS England, 2017a).

Alla base del sistema, come si ricordava nell’introduzione, restano le cure primarie gestite dai medici di famiglia (*General Practitioners, GPs*) attraverso i CCGs ai quali si ipotizza di delegare con maggiore flessibilità crescenti porzioni del budget disponibile (attualmente due terzi del finanziamento va direttamente ai CCGs<sup>7</sup>). Il potenziamento delle cure primarie avviene anche attraverso l’introduzione di nuovi modelli organizzativi che vengono proposti per potenziare la cooperazione e l’integrazione dei processi assistenziali. Dal lato ospedaliero, non si intende procedere ad ulteriori concentrazioni e riduzioni nel numero di strutture ospedaliere ma si procederà piuttosto nella direzione di migliorare l’efficienza gestionale dei piccoli ospedali aggiustando se necessario i sistemi di finanziamento e favorendo l’adozione di strumenti organizzativi che consentano di sfruttare le economie di scala conseguibili attraverso un sistema a rete o network (*hospital chains*), ad esempio attraverso la creazione di servizi centralizzati e condivisi tra ospedali del network oppure forme di “mobilità” degli specialisti e delle equipe ospedaliere che possono operare in *satellite sites*. Anche rispetto ai servizi chirurgici di alta specialità, in cui la relazione tra volumi ed esito clinico è più rilevante, si intensificheranno i modelli a rete secondo la logica *hub-and-spoke*, estendendoli anche a servizi finora esclusi come l’oncologia dove gli *spoke* possono essere rappresentati dagli ospedali di comunità ma anche dagli ambulatori di cure primarie. Particolare attenzione viene rivolta ai servizi materno-infantile e al sostegno domiciliare per le persone fragili e si invoca una riorganizzazione dei servizi di Emergenza Urgenza al fine di garantire una maggiore integrazione tra dipartimenti A&E, i servizi di emergenza territoriale, i *trauma centers* e la continuità assistenziale garantita dai GPs, con nuove risorse e nuovi sistemi di misurazione e valutazione della qualità. Assolutamente confermata e trasversale rispetto a qualunque proposta di modifica è l’apporto delle *Information and Communication Technologies (ICTs)* capaci di fornire la “colla” (*electronic glue*, pag. 31) in grado di far funzionare insieme le diverse parti del sistema grazie alla *digital care*.

Le nuove proposte organizzative sono due. Il modello organizzativo di integrazione orizzontale chiamato *Multispecialty Community Providers (MCPs)* in cui un gruppo di ambulatori dei medici di famiglia si ampliano fino a comprendere specialisti territoriali (geriatri, pediatri, psichiatri ad esempio), infermieri, psicologi, assistenti sociali e che, in una versione più evoluta, potranno avvalersi della collaborazione di specialisti ospedalieri, disporre di accessi privilegiati ad un certo numero di posti letto ospedalieri, gestire ospedali di comunità che offrano prestazioni come dialisi e chemioterapia, ricevere un budget per la gestione dell’attività sanitaria ma in prospettiva anche di quella sociale qualora il territorio opti per un finanziamento congiunto delle risorse sanitarie e sociali, una parte delle quali potrebbe quindi essere delegata al MCP che realizzerebbe una vera integrazione sociosanitaria. Dal punto di vista strutturale, nell’ottobre 2017 si sono contate in Inghilterra già 200 *Primary care homes* per una popolazione complessiva di circa 8 milioni di persone.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Ricordiamo che nel sistema inglese i CCG sono responsabili per il finanziamento delle cure territoriali, compresi i servizi di salute mentale, e per i trattamenti ospedalieri per acuti, le *Local authorities* finanziano i servizi sociali e le misure di salute pubblica, mentre a NHS England compete il pagamento dei servizi specialistici e la remunerazione dei medici di assistenza primaria.

<sup>8</sup> <http://www.napc.co.uk/primary-care-home>

La seconda opzione è invece un'integrazione di tipo verticale tra cure territoriali e ospedaliere denominata *Primary and Acute Care Systems* (PACS). In questo caso le soluzioni possibili spaziano dall'ipotesi che un MCP assuma la gestione di un ospedale distrettuale oppure l'ospedale distrettuale inglobi di fatto un MCP che in questo modo verrebbe a gestire simultaneamente sia l'assistenza ospedaliera che quella distrettuale per la loro lista di pazienti. Va comunque precisato che in alcuni documenti successivi (Naylor et al., 2015) si sottolinea la necessità di vedere i PACS non soltanto come integrazioni giuridiche ma anche come integrazioni di tipo virtuale attraverso la logica delle reti basati su contratti relazionali di lungo periodo tra i partecipanti all'organizzazione. Una versione ulteriore dei PACS è quella che si ispira ai modelli di *Accountable Care Organisations* (ACOs) in corso di sviluppo in alcuni paesi come Stati Uniti e Spagna (anche denominate in Inghilterra *Accountable Provider Organisations*) quando un solo PACS assume la responsabilità di una popolazione definita e per questo riceve dalla committenza una quota capitaria annuale (per un approfondimento a questo tema si rimanda al paragrafo 1.4).

A queste due proposte organizzative più innovative si aggiunge l'invito a mantenere ospedali di dimensioni più contenute, invertendo la tendenza alla progressiva concentrazione ospedaliera realizzata in passato e avviando una serie di esperienze di collaborazione tra centri ospedalieri.

Sulla base delle indicazioni poste da *Five year forward view*, nel dicembre 2015 vengono pubblicate le linee guida per la loro attuazione (NHS England et al., 2015). Alle organizzazioni del NHS inglese viene chiesto di coordinarsi tra loro e con le autorità locali per sviluppare dal basso proposte di riorganizzazione futura del sistema denominati *Sustainability and transformation plans* (STPs). I progetti devono avere un referente unico che opera all'interno di un gruppo tecnico di lavoro, riferirsi a delimitate aree geografiche e per queste prospettare un cambiamento che interessi l'intero spettro dei servizi sanitari e sociali nel territorio, avere a disposizione risorse sufficienti per potenziare il coordinamento tra i diversi livelli del sistema, avere un orizzonte temporale almeno quinquennale, non dimenticando di coinvolgere nel dibattito anche la società civile, il volontariato e il settore privato. Le aree individuate come STP *footprints* sono 44 e coprono l'intera Inghilterra, l'area media riguarda oltre 1 milione di cittadini, con un minimo di 300mila ad un massimo di 2.8 milioni. Decisamente variabile anche il numero di CCGs coinvolti, con una media di 5 (minimo di 1 e massimo di 12). Ottobre 2016 è la data finale individuata per sottoporre i progetti alle autorità ministeriali a cui spettava il compito di approvarli (Alderwick et al., 2016).

I cambiamenti organizzativi proposti riguardano l'area della committenza, l'area della produzione e in mezzo alle due nuovi strumenti di cooperazione e finanziamento. Rispetto alla committenza, si prospettano azioni per una maggiore collaborazione tra CCGs mediante accordi formali fino ad arrivare a vere proprie fusioni tra CCG e la creazione di MCPs. Dal lato della produzione, si stanno sviluppando modelli orizzontali di integrazione tra ospedali denominate *Acute Care Collaboration – ACC*, che in alcuni contesti interessano più STP. Ham et al. (2017) propongono un'analisi dei 44 STPs proposti, distinguendoli in progetti che:

- modificano il ruolo degli ospedali per acuti e di comunità, attraverso la previsione di una riduzione nel numero di ospedali, oppure diminuendo i posti letto, riconfigurando la rete dei servizi elettivi/emergenza urgenza e centralizzando alcuni servizi per acuti;
- ridisegnano le cure primarie e le cure territoriali, rafforzando le cure svolte all'esterno dell'ospedale, la prevenzione e la diagnosi precoce;
- migliorano le cure per la salute mentale e altri servizi specifici (materno-infantile, disabili, adolescenti);

- accrescono produttività ed efficienza seguendo le indicazioni dei rapporti Carter (2006; 2008, 2016) attraverso la centralizzazione delle funzioni non cliniche (acquisti e servizi amministrativi) ma anche alcuni servizi di supporto e di diagnostica;
- puntano a rafforzare le reti professionali e le ICT.

Dalle proposte delle 44 STPs è scaturito il programma di finanziamento **Vanguard** rivolto a 50 programmi pilota che raggruppano 5 tipologie di esperienze: *Multispecialty Community Providers* o MCPs, *Primary and Acute Care Systems* o PACS, reti ospedaliere nelle *Acute Care Collaborations* o ACCs, maggiore coordinamento nell'area Emergenza-Urgenza e migliori servizi per la cronicità nel contesto domiciliare.

In generale non si attende che queste riorganizzazioni e razionalizzazioni producano risparmi finanziari (Imison et al. 2014; Aldwych Partners, 2016), quello che si persegue sono miglioramenti nella qualità del processo assistenziale, degli esiti clinici e sociali e, soprattutto, una maggiore capacità di affrontare le sfide future. Da questo punto di vista, si auspica per il 2020/2021 che l'implementazione delle STPs (rinominate *partnership* e non più *plan* nel 2017) chiuda quel divario tra risorse e bisogni assistenziali identificato nel 2014 e soprattutto, perseguito l'idea che occorra "*manage systems – networks of care – not just organisations. Out-of-hospital care needs to become a much larger part of what the NHS does. And services need to be integrated around the patient.*" (NHS England, 2017a).

#### **Box. Le indicazioni del *Five Year Forward View* (2014)**

- Il documento suggerisce ai territori inglesi la scelta tra alcune proposte organizzative di integrazione.
- La prima proposta di rete riguarda i servizi territoriali ed è di tipo orizzontale. Il modello si chiama *Multispecialty Community Providers* (MCPs) in cui i medici di famiglia si ampliano fino a comprendere specialisti territoriali, infermieri, psicologi, assistenti sociali e, in una versione più evoluta, si avvalgono della collaborazione di specialisti ospedalieri, dispongono di accessi privilegiati ad un certo numero di posti letto ospedalieri, gestiscono ospedali di comunità, ricevono un budget non solo per la gestione dell'attività sanitaria ma in prospettiva anche di quella sociale.
- La seconda opzione è un'integrazione di tipo verticale tra cure territoriali e ospedaliere denominata *Primary and Acute Care Systems* (PACS) tra MCPs e ospedali. Nel tempo alcuni di questi PACs potrebbero evolversi fino a diventare delle vere e proprie *Accountable Care Organisations* (ACOs), utilizzate in alcuni paesi come Stati Uniti e Spagna, in cui un solo PAC-ACO assume la responsabilità di un'intera popolazione in cambio di una quota capitaria annuale.
- Dal lato ospedaliero non si enfatizza la necessità di ulteriori concentrazioni e riduzioni nel numero di strutture ospedaliere ma si promuove il recupero di efficienza gestionale nei piccoli ospedali aggiustando i sistemi di finanziamento e favorendo l'adozione di sistemi a rete, anche attraverso la creazione di servizi centralizzati e condivisi tra ospedali del network oppure forme di "mobilità" degli specialisti e delle equipe ospedaliere che possono operare in *satellite sites*.

#### **4 L'integrazione verticale tra ospedali per acuti e territorio**

Una parte centrale della visione prospettata dal *NHS five year forward view* riguarda la necessità che gli ospedali per acuti siano sempre più integrati anche in verticale, superando i confini tradizionali tra ospedale e comunità, connessi non solo con le cure primarie ma con le più ampie cure territoriali che si estendono alle cure intermedie e alle cure sociali (Naylor et al., 2015), assicurando il necessario collegamento con il sistema sanitario che, citando la metafora adottata, riguarda sia il lato della porta di accesso ("*front door*") che la porta posteriore ("*back door*") della struttura

ospedaliera. In questa prospettiva, l'ospedale è destinato a spostare parte delle sue attività di cura al di fuori delle mura ospedaliere stesse, soprattutto al crescere dei nuovi modelli assistenziali che spingono per un forte collegamento tra i professionisti ospedalieri e le altre figure professionali impegnate nel territorio.<sup>9</sup>

L'organizzazione ospedalocentrica di molti sistemi sanitari nazionali è vista come il principale ostacolo al raggiungimento di una reale integrazione verticale, soprattutto l'implicita gerarchia che esiste tra le professioni, ma un altro ostacolo non secondario è il collegamento con la medicina generale che risulta spesso difficoltoso, dal momento che il ruolo del CCG è fondamentalmente un ruolo di committenza e coinvolgere il CCG non assicura poi fattivamente il coinvolgimento diretto dei singoli medici in quanto produttori.

37 delle 50 *Vanguards* finanziate dal Ministero interessano proprio l'integrazione tra ospedale e territorio e nuovi strumenti di governo delle cure territoriali. Tra le esperienze più interessanti, Naylor et al (2015) ne esaminano alcune, ad esempio il progetto *Right First Time*, una collaborazione attivata nel 2011 nella città di Sheffield tra 5 organizzazioni di committenti (CCG ed ente locale) e produttori (l'ospedale per acuti, il centro di salute mentale e l'ospedale pediatrico). L'elemento più innovativo di questa esperienza è la partecipazione dei responsabili di queste organizzazioni ad un organismo di coordinamento strategico (*Right First Time board*) coordinato da un direttore operativo, convocato almeno a cadenza trimestrale, coadiuvato da un gruppo di lavoro tecnico che cura il materiale preparatorio e da una serie di commissioni che si incontrano settimanalmente per discutere i flussi in entrata e in uscita dall'ospedale per acuti e per prendere decisioni rapide sulle dimissioni ospedaliere.

Ricordiamo che esiste nel NHS inglese la possibilità che gli ospedali per acuti erogino anche un'ampia gamma di servizi territoriali, permessa dal 2009 in seguito al *Transforming Community Services Programme* che in questa integrazione vedeva un modo per assicurare una migliore presa in carico del paziente. A questo proposito, a Northumbria, l'ospedale ha attivato nel tempo numerose collaborazioni con le cure primarie, soprattutto programmi per anziani e pazienti multicronici, coinvolgendo i medici di famiglia in una serie di iniziative formative mirate a potenziare la collaborazione con gli ospedalieri ma anche fornendo consulenza specialistica (principalmente ortopedia, ginecologia, gastroenterologia, podologia e piccola chirurgia ambulatoriale) presso alcuni ambulatori di medicina generale. Inoltre, alcuni servizi di medicina generale sono erogati direttamente nella sede ospedaliera, mediante l'attivazione di contratti congiunti per medici di medicina generale che dividono il loro tempo tra l'ambulatorio territoriale e l'ospedale, mentre due ambulatori di medicina generale sono già ubicati presso uno stabilimento ospedaliero. Oltre alla consulenza specialistica, l'ospedale ha costituito nel 2015 la *Northumbria Primary Care Ltd* come ente non profit che ha assunto direttamente la gestione e l'erogazione dei servizi di medicina generale di 6 ambulatori GPs che di fatto in questo modo esternalizzano la produzione delle cure primarie, spesso diventando essi stessi e il loro personale dipendenti della *Northumbria Primary Care Ltd*. Nel tempo, è previsto che tutte le collaborazioni che il Trust ha attivato con le cure primarie vengano assorbite dalla *Northumbria Primary Care Ltd*, che già attualmente fornisce ai GPs anche servizi di *back office*.

Il potenziamento delle cure intermedie è l'obiettivo perseguito anche ad Airedale attraverso la creazione di un unico punto di accesso attivo su base 24/7 e la costituzione di gruppi multidisciplinari

---

<sup>9</sup> Anche se questo cambiamento di paradigma non potrà portare nell'immediato una riduzione dei posti letto per acuti, molto più rapidamente potrà cambiare il "portafoglio" di servizi offerti.

denominati *Collaborative care teams* che operano negli ambulatori della medicina generale e che si occupano delle cure *step-up* e *step-down* soprattutto al domicilio del paziente o nei letti adibiti alle cure intermedie presso le residenze o gli ospedali di comunità. Ai gruppi partecipano numerosi professionisti che restano dipendenti delle proprie organizzazioni e ad esse rispondono (fisiatri, geriatri, specialisti ospedalieri, ecc.) ma sono prevalentemente a guida infermieristica. L'elemento più interessante di questa esperienza è il superamento dei modelli più semplici di *case management*, in cui spesso la formazione di responsabili di caso troppo specializzati rende difficile la gestione adeguata dei pazienti multimorbosi, a favore della creazione di team multiprofessionali in cui l'integrazione di diverse competenze può permettere di gestire meglio la presa in carico del paziente e la sua transizione tra i livelli assistenziali.

A Yeovil nel Somerset si è invece sviluppato un modello *hub-and-spoke* per la cura multidisciplinare delle multi-cronicità, basato sulle analisi economiche condotte dall'Università di York che dimostrano come il principale determinante della domanda di servizi sanitari non sia l'età ma il numero di comorbidità. Il modello viene realizzato attraverso la selezione di una coorte di pazienti multi morbosi riferiti ad una delimitata area geografica costituita da un gruppo di ambulatori di medicina generale che costituiscono gli *spokes* di una rete che ha come *hub* un centro di cure primarie (*Symphony care hub*) incaricato di coordinare l'attività assistenziale tra livelli sanitari e tra sociale e sanitario.<sup>10</sup>

Nell'esaminare questi casi studio considerati tra i più innovativi in corso di realizzazione in Inghilterra, Naylor et al. (2015) evidenziano la necessità che si sperimentino modelli di remunerazione alternativi a quelli odierni, diversi dalle tariffe per attività erogata (*activity based*), e che soprattutto si costruiscano delle piattaforme flessibili per il personale capaci di assicurare la continuità assistenziale e promuovere la cooperazione tra i professionisti. Infatti, la necessità ribadita è che negli ospedali del futuro le professioni sanitarie dovranno essere più orientate verso l'esterno (*outward-facing*), disponibili ad operare sul territorio e non soltanto dentro le mura ospedaliere. Si ribadisce comunque che, al di là delle integrazioni giuridiche vere e proprie, l'aspetto cruciale è che, qualunque sia la forma organizzativa prescelta, si riesca a raggiungere un'integrazione clinica tra livelli assistenziali adeguata a migliorare gli esiti assistenziali e offrire al paziente un maggiore coordinamento dei percorsi di cura. Da questo punto di vista, le principali esperienze esaminate si concentrano soprattutto sui pazienti più anziani e fragili ("*the very tip of the pyramid*" pag. 39; Naylor et al., 2015) a maggiore rischio di ospedalizzazione, anche se in prospettiva saranno necessari sforzi per migliorare l'integrazione anche per altre tipologie di pazienti.

Complessivamente emerge un nuovo ospedale per acuti dove il concetto dell'ospedale come isola o come fortezza - spesso addirittura il risultato di un sistema di incentivi che orienta naturalmente verso l'isolamento - viene superato da ospedali fortemente integrati orizzontalmente tra loro e verticalmente con gli altri attori del sistema per organizzare percorsi assistenziali sempre più *patient-centered*, indipendentemente dai confini istituzionali di ogni struttura. Le esperienze appena descritte sono esempi interessanti di come sta avvenendo il passaggio tra il primo e il secondo scenario (Figura 1). Nella Figura 1 lo scenario più ambito è senza dubbio l'ultimo, in cui gli ospedali diventano parte integrante di un sistema di servizi integrato ma orientato secondo la logica del *population health management* verso il miglioramento della salute non solo dei pazienti ma della più ampia popolazione di riferimento, per giungere al quale diventa necessario spostare completamente il focus e i destinatari degli interventi assistenziali. Alcune iniziative in questa

---

<sup>10</sup> Piuttosto innovativa l'introduzione della figura degli *Health coaches* negli *spoke* di cure primarie, incaricati di promuovere cambiamenti negli stili di vita dei pazienti.

direzione sono già in corso in Inghilterra ma si tratta spesso di progetti su piccola scala che vanno ampliati e sviluppati per creare un vero e proprio sistema integrato in una logica *population health systems* (Aderwick et al., 2015).

**Figura 1. Gli scenari futuri per gli ospedali per acuti**



Fonte: Naylor et al. (2015) pagina 54.

L'esempio internazionale più studiato è senz'altro il modello sviluppato da Kaiser Permanente, una non profit *Health Maintenance Organisation* (HMO) dedicata all'assicurazione ed assistenza di circa 9,5 milioni di cittadini negli Stati Uniti. Essa fa ampio ricorso ai meccanismi di finanziamento per quota capitaria, una forte enfasi sulla prevenzione, all'uso dei *population data* e dei sistemi di stratificazione del rischio della popolazione assicurata, progetti di gestione delle malattie (*disease management*) con uso di Percorsi diagnostici e terapeutici, uso estensivo di ICT e un modello clinico territoriale di tipo multiprofessionale per il quale ogni ricovero non programmato viene considerato come un "system failure".

A questo scopo occorre sviluppare efficaci sistemi di leadership per la gestione integrata, rafforzando i meccanismi di coordinamento delle reti (*central integration committees*), assolutamente necessari per superare la resistenza al cambiamento (*professional inertia*) e per spostare il sistema da una logica gerarchica (*looking upwards*) ad una logica orientata verso l'esterno (*looking outwards*). Da questo punto di vista non sembra desiderabile un sistema integrato a guida del committente (*commissioner-led integration*) e nemmeno a guida del produttore (*provider-led integration*), quanto piuttosto una **collective leadership** che renda possibile la cooperazione di tutte le organizzazioni e di tutti i professionisti coinvolti nel sistema (quello che viene chiamato il *buy-in*). Molto va fatto anche rispetto agli strumenti di regolamentazione, ai meccanismi adottati per la remunerazione e la valutazione dei risultati ottenuti, affinché non spingano verso l'isolamento dell'ospedale ma agiscano piuttosto nella direzione opposta di creare una logica di sistema. Importante inoltre l'esigenza che questa trasformazione non avvenga isorisorse ma sia adeguatamente sostenuta da finanziamenti adeguati, la cui aspettativa di ritorno positivo va comunque misurata in una logica pluriennale (*integration often costs before it pays*, Leutz 1999). Infine, occorrerà sviluppare nuovi modelli di contrattazione e nuovi meccanismi di condivisione non solo del rischio (*risk share*

*agreement*) ma anche dei possibili risparmi generati tra committenti e produttori, con un uso crescente di indicatori collegati ai risultati ottenuti (Addicott, 2014; Monitor and NHS England, 2014a, 2014b) del tipo *gain/loss sharing*.<sup>11</sup> Particolare impegno va dedicato a rivedere le modalità di contrattazione con la medicina generale che diventano cruciali per la diffusione dei modelli di tipo PACS, a nuovi schemi di gestione del personale e ad una crescente diffusione delle ICT.

#### **Box. L'integrazione ospedali per acuti e territorio**

- Una parte centrale della visione prospettata dal NHS riguarda la necessità che gli ospedali per acuti siano sempre più integrati in verticale, superando i confini tradizionali tra ospedale e comunità, non solo con le cure primarie ma con le più ampie cure territoriali, che si estendono alle cure intermedie e alle cure sociali.
- Negli ospedali del futuro le professioni sanitarie dovranno essere più orientate verso l'esterno (*outward-facing*), disponibili ad operare sul territorio e non soltanto dentro le mura ospedaliere. Per questo vanno disegnate piattaforme flessibili per il personale capaci di assicurare la continuità assistenziale e promuovere la cooperazione tra i professionisti.
- Si individua la necessità di favorire forme di *case management* multispecialistico per mezzo di equipe multiprofessionali operanti nell'ambito delle cure primarie e capaci di migliorare la presa in carico dei pazienti e la gestione coordinata dei loro percorsi di cura.
- Si valuta l'adozione di modelli di contrattazione e di remunerazione che favoriscano l'integrazione dell'ospedale con il territorio e di meccanismi di coordinamento delle reti attraverso la creazione di organismi congiunti di governo, assolutamente necessari per superare la resistenza al cambiamento (*professional inertia*) e per spostare il sistema da una logica gerarchica (*looking upwards*) ad una logica orientata verso l'esterno (*looking outwards*).
- Lo scenario più ambizioso è quello in cui gli ospedali diventano parte integrante di un sistema di servizi integrato orientato secondo la logica del *population health management* verso il miglioramento della salute non solo dei pazienti ma della più ampia popolazione di riferimento.

#### **5 Le "Accountable Care Organizations" dagli USA all'Europa, verso gli "Accountable Care System"**

Nel sistema sanitario statunitense si è sviluppato a seguito dell'"*Affordable Care Act*" un modello di assistenza integrato verticalmente, le *Accountable Care Organizations* (ACO), che di fatto costituisce un'evoluzione dei modelli *managed care* diffusisi negli anni Novanta con il nome di *Health Maintenance Organisations* (HMOs) e che hanno cominciato a suscitare interesse anche in Inghilterra. Previste inizialmente per ridurre i costi degli assistiti Medicare e Medicaid, le ACOs più recenti si basano sull'idea che solo attraverso il coordinamento tra i diversi livelli di cura sia possibile migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza. Secondo la legge statunitense le ACOs sono costituite da medici di medicina generale e almeno un produttore ospedaliero (ma possono aggiungersi *nursing homes*, servizi di assistenza domiciliari e altri produttori sanitari e sociosanitari) che definiscono accordi per organizzare percorsi assistenziali coordinati e di qualità a favore dei loro pazienti finanziati all'interno del programma Medicare. Le ACOs possono essere organizzazioni verticalmente integrate, produttori uniti in modalità associativa, oppure tramite *joint ventures* o reti contrattuali caratterizzate da un elevato livello di digitalizzazione che consente all'organizzazione di rispondere dei costi sostenuti ma soprattutto per la qualità e gli esiti del processo assistenziale erogato. Le ACOs operanti negli Stati Uniti nel 2017 superano le 900 unità e oltre 30 milioni i cittadini statunitensi interessati da questa nuova modalità organizzativa (Shortell et al. 2014; HealthAffairsblog, 2017).

---

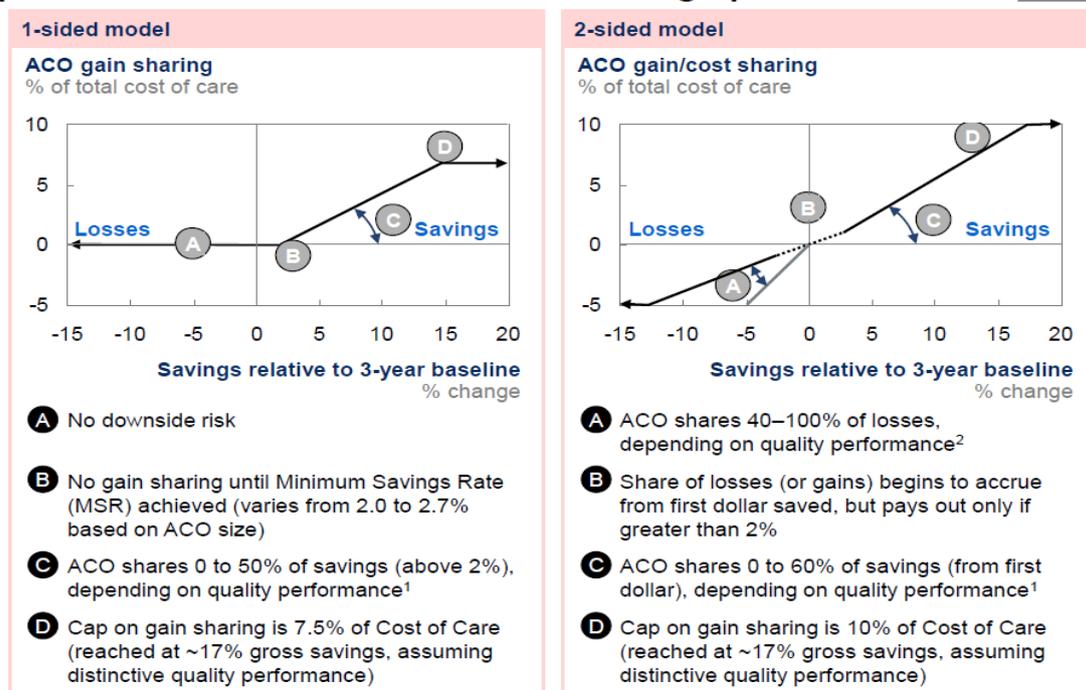
<sup>11</sup> Ad un maggiore sviluppo di questi temi è dedicato il successivo paragrafo 1.6.

La particolarità del concetto di ACO sta soprattutto nella volontà di prendere in carico una determinata popolazione per un definito periodo di tempo dietro un accordo contrattuale con uno o più committenti che fa ampio uso di strumenti di condivisione del rischio e di un'accurata valutazione dei risultati ottenuti (*performance*). Caratteristica di queste organizzazioni è il ricorso alla medicina di iniziativa, alle tecniche di stratificazione del rischio e a un'assistenza di tipo multidisciplinare basata sulle *Patient-centred medical homes* (con forti assonanze con le nostre Case della Salute) e sul coinvolgimento del paziente (*patient engagement*) anche attraverso telemedicina e Internet of Things (IoT).<sup>12</sup> Alcune ACOs statunitensi stanno cominciando a trattare anche i bisogni di tipo sociale per i propri pazienti, offrendo servizi di *housing*, supporto legale e misure di sostegno al reddito. Le più evolute sono quelle che adottano massicciamente le ICTs e, attraverso una completa digitalizzazione sono in grado di migliorare la trasmissione dei flussi informativi e la qualità dei processi assistenziali, utilizzandoli al tempo stesso anche per la segmentazione del rischio clinico della popolazione trattata.

**Figura 2. Confronto dei due schemi di condivisione del rischio**

**Comparison of one and two-sided risk sharing options**

ILLUSTRATIVE



<sup>1</sup> Improved sharing rate for inclusion of Federally Qualified Health Centers and Rural Health Clinics  
<sup>2</sup> Annual loss capped –5% in year 1, 7.5% in year 2, 10% in year 3

Fonte: <https://www.gov.uk/government/publications/capitation-international-examples>

I programmi federali possibili sono di due tipi e applicano in modo crescente lo schema *multilateral gain/loss sharing*: il *Shared Savings Programme* prevede la sola condivisione dei risparmi di spesa ma non delle perdite, è un meccanismo graduale a cui hanno aderito per ora 350 ACOs non ritenute sufficientemente mature per accedere al secondo programma; il *Pioneer Programme*, che interessa invece solo 30 ACOs, implica l'adesione ad un contratto, articolato in 5 tipologie diverse, in base al

<sup>12</sup> I modelli di ACO possibili sono 5 (Shortell et al., 2014): quelli certamente più importanti sono gli *integrated delivery systems* che implicano una vera e propria integrazione giuridica (Kaiser Permanente è il modello più famoso e già ricordato); le *multi-specialty group practices* che raggruppano diversi produttori di servizi specialistici in grado poi di concludere dei contratti di erogazione con diversi piani assicurativi (l'esempio più noto è la Mayo Clinic); seguono le *physician hospital organisations, independent practice associations e le virtual physician organisations*, che sono gruppi di medici in rete con diverso livello di integrazione (Shortell et al 2014).

quale si concorda un budget di spesa insieme ad una serie di obiettivi di qualità e stabiliti meccanismi di condivisione delle perdite ma anche dei risparmi di spesa.<sup>13</sup> La figura 2 confronta i due schemi di ripartizione del rischio.

Rispetto alla remunerazione ospedaliera utilizzata dalle ACO verso le strutture produttrici, sono in via di abbandono il meccanismo di pagamento per DRG o comunque ogni meccanismo a tariffa per attività erogata, a favore di schemi più complessi che premiano la presa in carico del paziente su più di un livello assistenziale, come i *bundled payments* e la quota capitaria unita a budget globali costruiti su meccanismi di aggiustamento del rischio, sempre con la previsione di un numero molto elevato di indicatori di *performance*.

Le evidenze empiriche disponibili sono preliminari e con risultati ancora non conclusivi. Il primo rapporto sulle prime 32 esperienze di ACOs mostra la loro capacità di raggiungere con successo gli obiettivi qualitativi ed una buona capacità di generare risparmi, anche se non estesa a tutte le organizzazioni. Si tratta di un modello che è comunque agli albori nel sistema statunitense ma ritenuto decisamente promettente, soprattutto perché comincia a prefigurarsi come sviluppo futuro il modello delle *Accountable Care Communities (ACCs)* in cui tutti i produttori, insieme ai servizi sociali, sono incentivati a raggiungere determinati obiettivi in termini di costi e di efficacia su una popolazione più ampia rispetto a quello normalmente servita da una sola ACO (Shortell, 2013).

### 5.1 il modello Alzira in Spagna

Una delle prime interpretazioni europee del concetto di ACO è il modello adottato per il distretto di Alzira nella provincia di Alicante in Spagna. Qui nel 1999, in seguito alla legge 15/1997, è stata avviata la prima partnership pubblico-privato per l'affidamento di servizi tra il governo di Valencia e l'Union of Temporary Business (UTE) Ribera, un consorzio privato. Di fatto il modello Alzira rappresenta la prima forma di concessione amministrativa ad un soggetto privato del *comprehensive management* assistenziale all'interno di un Servizio Sanitario Nazionale. Lo schema seguito prevede quindi un finanziamento pubblico ed una gestione privata.

Ribera aveva il mandato di progettare e costruire un ospedale universitario (il territorio non disponeva di un ospedale in precedenza), l'Hospital de La Ribera completato e aperto il 1 gennaio 1999 che diventerà di proprietà del Ministero della salute alla fine del rapporto contrattuale, e di gestire la rete sanitaria distrettuale composta dall'ospedale, quattro centri sanitari integrati e 46 centri di cure primarie, garantendo la copertura sanitaria per i 240,000 abitanti del distretto e per coloro che comunque alle sue strutture si rivolgono anche da fuori distretto. Il modello Alzira si è poi esteso al resto della regione (oltre il 20% della popolazione regionale, circa 850,000 persone) e a due distretti a Madrid, con contratti di concessione di durata decennale (estendibili a 15 o persino a 30 anni nel caso di Madrid) a quota capitarie e budget fisso. La quota capitaria è una tariffa omnicomprendente che remunera il costo pieno dell'assistenza per le cure primarie, specialistiche ed ospedaliere (è escluso circa un 25% della spesa complessiva destinata alle prescrizioni farmaceutiche extraospedaliere, protesi, ossigenoterapia e servizio di emergenza-urgenza).<sup>14</sup> Come per le ACO statunitensi, i contratti prevedono un meccanismo di *gain sharing* in cui le perdite sono a totale carico di UTE mentre i profitti restano a UTE fino ad un massimo del 7,5%, oltre il quale vengono

---

<sup>13</sup> Per i dettagli alle cinque diverse tipologie contrattuali del programma Pioneer si rimanda a <https://www.gov.uk/government/publications/capitation-international-examples>

<sup>14</sup> Sempre all'interno della quota capitaria, l'ente affidatario è chiamato a pagare il 100% dei trattamenti richiesti dai proprio residenti a strutture extradistrettuali mentre fattura al territorio di provenienza la mobilità attiva.

acquisiti dal Ministero della salute.<sup>15</sup> Il modello assistenziale nasce fin da subito come “paperless”, attraverso una completa digitalizzazione di tutti i processi non solo amministrativi ma anche clinici e assistenziali. Come nel modello delle ACOs, si ritrova il ricorso alla medicina di iniziativa e a un’assistenza di tipo multidisciplinare basata sulle evidenze empiriche e sul coinvolgimento dei pazienti. Sono previsti una serie di obiettivi qualitativi che sono periodicamente resi pubblici ed è emersa rapidamente una buona capacità di migliorare la produttività, l’appropriatezza, contenere i costi e migliorare l’efficacia dei percorsi assistenziali (de Rosa Torner, 2012).<sup>16</sup>

## 5.2 Dalle ACOs agli ACS, le prime esperienze inglesi

Nel 2017 l’aggiornamento di *Five Year Forward* (NHS England, 2017a) annuncia la possibilità che alcune STPs si evolvano fino ad eliminare la tradizionale separazione di responsabilità tra committenti e produttori sviluppando le *Accountable Care Systems* (ACS). Le ACSs sono viste come un’alleanza tra committenti e un gruppo di produttori capaci di erogare un’ampia gamma di servizi (ma anche di esternalizzarli a loro volta ricorrendo a soggetti esterni) e di rimuovere le barriere tra settori e livelli. La dove si svilupperanno, CCG e autorità locali assumeranno il ruolo di committenti “strategici”, responsabili di garantire che i PACS presenti nel loro territorio, ma in prospettiva preferibilmente uno solo, raggiungano gli esiti concordati.

Dieci aree sono state individuate nel giugno 2017 per sviluppare le prime ACSs per l’Inghilterra interessando per ora un sesto di popolazione inglese. Altre ne seguiranno nel corso del 2018 e del 2019, ad esempio nel Somerset citato più avanti nel testo. L’idea inglese è quella di estendere i confini delle PACS-ACO oltre la sanità ed i servizi sociali per ricomprendere la salute pubblica e le politiche più ampie capaci di incidere sui determinanti di salute in una logica *population health management*. Non è previsto un modello unico di ACS e quindi il contesto locale potrà adattare la proposta organizzativa in modo che meglio si adatti alle proprie esigenze, prevedendo diversi livelli di integrazione verticale e orizzontale, anche soltanto di tipo virtuale.

Una delle prime sperimentazioni in corso in Inghilterra ha interessato il comprensorio di Manchester che dal 2011 è diventata una sorta di area metropolitana denominata *Greater Manchester (combined authority)* tra i 10 enti locali del suo territorio. Dal 2016 il territorio è diventato la prima regione del paese a ricevere completa autonomia (*devolution*) nella gestione di un budget integrato per la parte sanitaria e sociale pari a circa 6 miliardi di £ destinato ad una popolazione di quasi 3 milioni di abitanti. Fanno parte del *Greater Manchester Health and Social Care System* 37 organizzazioni (12 CCGs, 14 ospedali e 1 servizio emergenza-urgenza e 10 enti locali) a cui si aggiungono 500 ambulatori di GPs, 450 servizi di cure dentali, 700 farmacie, 300 servizi oculistici territoriali, 27 produttori di edilizia sociale, oltre 14,500 organizzazioni di volontariato. Dal 2016 la programmazione dell’assistenza sanitaria e sociale viene esercitata attraverso un organismo di coordinamento strategico (*Health and Social Care Strategic Partnership Board*) a cui partecipano le organizzazioni del NHS e gli enti locali, insieme agli organi di regolamentazione, a rappresentanti del terzo settore e delle associazioni di pazienti, mentre il *Greater Manchester Joint Commissioning Board* è l’organo incaricato di esercitare la committenza per circa £800 milioni che in precedenza erano gestiti direttamente da NHS England, accogliendo le indicazioni formulate dall’*Health & social*

---

<sup>15</sup> Nella pratica gli utili si aggirano attorno all’1-2% dal momento che gran parte degli avanzi prodotti vengono reinvestiti nell’organizzazione.

<sup>16</sup> Secondo l’esame del modello Alzira fatto in Inghilterra, tra i principali risultati si annoverano la diminuzione del 27% dei costi per assistito, una diminuzione del 34% delle riammissioni ospedaliere entro tre giorni, una diminuzione del 54% del tempo medio di attesa al pronto soccorso, tempi di attesa medi per ricoveri elettivi ridotti del 55%, durata media di degenza ridotta del 20%, la soddisfazione dei pazienti al 91% ([www.pwc.co.uk/health](http://www.pwc.co.uk/health)).

care strategic partnership board. In seguito alla programmazione congiunta, CCGs ed Enti locali procedono poi a stipulare i contratti con i singoli produttori di servizi sanitari e sociali.<sup>17</sup>

Figura 3. Proposta di ACS in Somerset nel 2019



Fonte: <https://www.kingsfund.org.uk/projects/supporting-new-nhs-care-models/south-somerset-symphony-project>

Sperimentazioni simili sono in corso anche nelle altre 9 aree ma è nelle aree di Manchester, West Berkshire e Frimley che il Ministero sta immaginando di far avanzare più rapidamente il modello di ACS, prevedendo l'implementazione di un budget integrato riferito all'intera popolazione assistita. Allo stesso tempo, altre sono le aree che hanno già manifestato il desiderio di seguire questa proposta organizzativa, ad esempio il *Somerset dove* già a partire dal 2012 il Yeovil District Hospital NHS Foundation Trust ha avviato una partnership con i medici di medicina generale che si è presto ampliata fino a ricomprendere i CCGs locali, l'ente locale, i produttori di servizi territoriali e di salute mentale. Nel 2015 questa partnership ha ottenuto lo status di *Vanguard* con l'obiettivo di sviluppare entro l'aprile 2019 un *Accountable Care System* dove i committenti (CCGs, NHS England ed ente locale) si coordinano per delegare la produzione dei servizi di cure primarie, territoriali, salute mentale e ospedaliere ad una ACO (o APO) mediante un contratto collegato agli esiti, di durata ipotizzata 5-10 anni, secondo lo schema riportato in Figura 2. Per costituire la APO si immagina una *joint venture* o in alternativa (se si evidenzieranno problematiche di tipo fiscale come quelle discusse nella nota 18) sarà l'ospedale a ricevere il budget e a trasferirlo poi agli altri produttori mediante subappalti e subcontratti con diverse forme possibili di condivisione gain/loss.

### 5.3 L'esperienza neozelandese di ACS

<sup>17</sup> L'intenzione iniziale era quella di appaltare i £6 miliardi ad una nuova organizzazione locale rappresentata da un consorzio costituito dai produttori locali (Manchester Provider Board), soluzione che per ragioni fiscali non è poi risultata praticabile. Infatti, la normativa inglese sull'IVA prevede maggiorazioni qualora il contratto non venga affidato ad un singolo produttore ma ad un consorzio. Nell'aprile 2017 è stato necessario definire una formula di tipo *alliance contracting*, in attesa che vengano adeguatamente modificate le norme fiscali sugli appalti per tenere conto della volontà del ministero inglese di procedere con la creazione di Accountable Care Systems dove si prevede che un'unica organizzazione del tipo PAC si occupi dell'assistenza di una popolazione definita.

Uno degli esempi di ACS che più ha influenzato l'iniziativa inglese è l'esperienza del *Canterbury District Health Board* (Canterbury DHB) sviluppato a Canterbury, una regione con circa 600mila abitanti in Nuova Zelanda.<sup>18</sup> Dieci anni fa il distretto si è trovato a fronteggiare una serie di difficoltà, prima fra tutte quelle del *Christ Church hospital*, il primo ospedale tra i nove presenti nella regione e l'unico con un dipartimento di emergenza-urgenza, con un deficit di quasi 10 milioni di euro nel 2006/2007. Per sostenere i bisogni della domanda, le previsioni stimavano la necessità di potenziare i posti letto per acuti di almeno 450 unità, creando 2000 posti letto aggiuntivi nelle cure intermedie, aumentare del 20% i medici di assistenza primaria e il personale di ulteriori 8000 unità (Charles, 2017). L'impossibilità di poter affrontare questi investimenti ha spinto il distretto ad avviare piuttosto una imponente trasformazione verso un sistema fortemente integrato che mettesse al centro il paziente e la sua abitazione, dato appunto l'intento di curare e mantenere il paziente il più possibile nel suo domicilio. Risorse ed energie sono state destinate alla digitalizzazione, alla formazione del personale già strutturato e all'introduzione di nuove competenze manageriali, gestionali, ingegneristiche. La proposta di riorganizzazione fa perno sulla medicina generale, già ampiamente sviluppata e organizzata dal 2002 in forma integrata attraverso *Primary Health Organisations* (PHOs), ed è comunque facilitata dalla presenza di un assetto organizzativo – molto diverso dal sistema inglese - che ha superato nel 2001 la separazione tra committenti e produttori, riportando gli ospedali precedentemente resi autonomi come stabilimenti produttivi del Distretto e in cui, diversamente da Inghilterra e Italia, il budget per le cure sociali è già previsto in capo al distretto sanitario.

Il primo importante cambiamento rispetto alla situazione precedente ha riguardato l'abbandono dei sistemi tariffari di remunerazione della produzione sanitaria basati sugli episodi di cura a favore di un sistema di *alliance contracting* in cui le organizzazioni non integrate dentro il distretto sono coinvolte nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari. L'alleanza contrattuale mette insieme il *Canterbury District Health Board*, un'organizzazione di MMG che raggruppa 109 ambulatori medici denominata *Pegasus Health*, le farmacie, i laboratori diagnostici e le organizzazioni infermieristiche sia pubbliche che private, i produttori privati di servizi territoriali. L'alleanza non crea di fatto alcun nuovo soggetto giuridico ed è Canterbury DHB che è di fatto il rappresentante legale dell'alleanza. È sempre lo stesso Canterbury DHB che stipula annualmente i contratti a blocco con i produttori ma le decisioni di programmazione e su come allocare i risparmi eventualmente derivanti da meccanismi di tipo *gain/loss sharing* vengono prese in forma collettiva insieme agli *alliance partners*.<sup>19</sup>

Negli ultimi anni numerosi sforzi sono stati dedicati a rafforzare le cure primarie e, soprattutto, le cure territoriali, grazie ad una rapida presa in carico del GP coadiuvata dalla tempestiva assistenza degli infermieri territoriali, dal consulto con gli specialisti ospedalieri, dalla possibilità di poter richiedere velocemente dei test diagnostici e di ricoverare per un breve periodo di osservazione il paziente nei posti letto offerti dalle cure intermedie. Questo sistema viene denominato *Acute demand management system*, diversamente da altri schemi di "hospital at home" non fa perno sull'ospedale ma proprio sulla medicina generale. I risultati ottenuti sono incoraggianti: un paziente trattato con questo sistema costa circa 80€ per episodio di cura, contro £ 194 di un paziente gestito dal pronto soccorso e £ 670 per giornata di degenza quando il paziente è ricoverato in un reparto ospedaliero per acuti (Charles, 2017). Parallelamente, un altro pilastro dell'assistenza territoriale è

---

<sup>18</sup> La Nuova Zelanda ha un sistema assicurativo nazionale che prevede da parte dei pazienti che si rivolgono al proprio MMG - liberi professionisti come nel caso inglese e italiano - il pagamento di una compartecipazione che rappresenta circa la metà del reddito del medico.

<sup>19</sup> Nel caso neozelandese non sono mai stati inseriti sistemi di pagamento a risultato del tipo P4P né come bonus per la buona performance né come penalità per una performance insoddisfacente.

rappresentato dal servizio di riabilitazione territoriale, nato come servizio per le dimissioni protette ma rapidamente entrato in contatto diretto con il MMG in modo da evitare ricoveri inappropriati. In futuro entrambi i sistemi dovrebbero essere integrati date le frequenti interazioni e sovrapposizioni. Sempre nell'ambito delle cure primarie, si segnala la presenza di un servizio di chirurgia ambulatoriale 24/24 gestita sempre dai MMG presso alcuni centri che, in caso di bisogno, può inviare il paziente direttamente in ospedale senza dover passare dal pronto soccorso. Un altro servizio interessante, che lavora in sinergia con gli altri servizi territoriali, è quello di gestione delle terapie farmacologiche, gestito dai farmacisti e mirato a rivedere periodicamente le terapie farmacologiche in modo da prevenire i danni delle polifarmaco terapie soprattutto nei pazienti anziani con multicronicità.

I risultati finora ottenuti sono positivi, in parte ostacolati dal forte terremoto del 2011, ma decisamente promettenti (Charles, 2017), soprattutto gran parte dell'assistenza è stata spostata a livello territoriale, con consistente diminuzione nel consumo di servizi diagnostici, radiologici e di laboratorio, la pressione sull'attività ospedaliera è diminuita in modo consistente e l'ospedale si è potuto maggiormente concentrare sull'attività chirurgica elettiva con una decisa diminuzione dei tempi di attesa. In diminuzione anche il ricorso all'istituzionalizzazione degli anziani in residenza: il 90% degli anziani oltre 75 anni vive a casa propria e l'istituzionalizzazione viene comunque posticipata il più possibile, con un risparmio stimato di oltre 14 milioni di sterline annue.

#### **Box. Le ACO, dagli Stati Uniti all'Europa, verso gli ACS**

- Il sistema inglese sta mostrando interesse per il modello delle *Accountable Care Organizations* (ACO) statunitensi, organizzazioni di produttori integrati in grado di prendere in carico il bisogno assistenziale (in qualche caso anche sociale) di una determinata popolazione per un lungo periodo di tempo in base ad un accordo contrattuale basato sul pagamento di una quota capitaria, con ampio uso di strumenti di condivisione del rischio e valutazione dei risultati ottenuti.
- Caratteristica di queste organizzazioni è un forte ricorso alla medicina di iniziativa guidata dalle tecniche di stratificazione del rischio, alle cure territoriali, ad un'assistenza di tipo multidisciplinare basata sulle *Patient-centred medical homes*, al coinvolgimento del paziente anche attraverso numerose applicazioni informatiche e ad una completa digitalizzazione dei servizi.
- Mentre il modello di organizzazione sanitaria espresso dall' ACO in parte presuppone una forte delega di responsabilità dal committente al produttore integrato, lo sviluppo dei modelli organizzativi basati sui PACS tra ospedale e territorio sembra rappresentare per il Ministero inglese un primo passo verso lo sviluppo di *Accountable Care Systems*, un'alleanza tra committenti e PACS locali (preferibilmente un PACS solo che si trasformerebbe di fatto in una ACO) in grado non di delegare al PACS l'erogazione di un'ampia gamma di servizi ma anche di ristabilire una sorta di programmazione sanitaria territoriale di lungo periodo.
- Uno degli esempi di ACS che più ha influenzato l'iniziativa inglese è l'esperienza del Canterbury District Health Board (Canterbury DHB) sviluppato in Nuova Zelanda per una popolazione di circa 600mila abitanti. A differenza del contesto statunitense o inglese, non esiste a Canterbury una separazione tra committenti e produttori pubblici, dal momento che gli ospedali pubblici sono integrati nel distretto che è destinatario dei finanziamenti sanitari ma anche sociali. Con tutti i produttori non integrati è stato avviato un sistema di programmazione territoriale che favorisce la presa in carico del paziente presso il suo domicilio e che combina assistenza sociale e sanitaria.

#### **6 Reti ospedaliere e rapporti con l'Università**

Qualche mese dopo l'uscita di *Five Year Forward View*, una rassegna condotta per il governo da Sir David Dalton del Salford Royal NHS Foundation Trust segnala le principali eccellenze (*beacons of*

*excellence*) realizzate e in corso di realizzazione in ambito ospedaliero in Inghilterra e soprattutto costruisce una tassonomia per catalogare le diverse forme di collaborazione realizzabili dal lato dell'offerta, distinguendole per livelli crescenti di integrazione tra:

Forme collaborative, in cui due o più organizzazioni decidono volontariamente di mettere in comune le loro risorse per ottenere risparmi di spesa o un miglioramento degli esiti clinici. Esempi possibili sono la *federation o partnership* in cui alcuni produttori cooperano su temi specifici senza la necessità di accordi contrattuali o si accordano per produrre uno o più servizi o di usufruire congiuntamente di servizi di back office, senza dar vita ad alcun soggetto giuridico. Un esempio molto frequente sono le reti professionali (*strategic clinical networks o Learning network*) per il miglioramento della pratica clinica in alcune aree specifiche, ad esempio per la demenza (Kings Fund, 2014). Relazioni poco formalizzate sono anche il *buddying o informal partnering* in cui un ospedale ben gestito viene selezionato da NHS per aiutare un altro ospedale in difficoltà a recuperare efficacia ed efficienza.

Forme contrattuali con accordi in questo caso maggiormente formalizzati tra le parti che spesso condividono tra loro anche gli standard produttivi e le modalità di valutazione; esempi di queste forme sono le *service level chain* in cui un produttore ospedaliero spesso di alta specialità trasferisce la propria equipe presso le sedi dei produttori aderenti al network che non hanno la stessa competenza o non ritengono opportuno svilupparla e preferiscono esternalizzare il servizio (viene chiamato anche modello @) o per gli ospedali che ospitano l'equipe esterna si parla di *visiting services*. In alternativa, esistono diverse forme di *hospital franchises* che assumono la forma di *management contract (o management franchise o service-level management franchise)* quando sono le funzioni manageriali e gestionali, oppure alcuni o tutti i servizi amministrativi, ad essere esternalizzati ad un'altra organizzazione per un tempo concordato.

Forme di consolidamento, con la fusione di soggetti giuridicamente separati e la conseguente creazione di un nuovo soggetto giuridico che diventa una *Integrated Care Organisation (ICO)*, quando si uniscono (giuridicamente oppure mediante accordi di lungo periodo) i servizi di cure primarie, territoriali e ospedaliere rivolti ad una determinata popolazione (diventando in questo caso un PACS), *Hospital mergers o Multi-site Trust* quando due o più ospedali si fondono in un unico soggetto o si determinano processi di acquisizione per i quali si mantengono una pluralità di punti di offerta ma uniti sotto la stessa personalità giuridica, oppure un *Multi-service chain o Multi-Hospital chains Foundation-Group* quando si crea una rete di produzione le cui strategie vengono definite a livello centrale, dove si accentrano anche le funzioni amministrative e di acquisto, mentre i produttori sul territorio partecipano alla rete mantenendo ed esercitando una delega gestionale all'interno dei parametri stabili da un comitato di governo unico.

La classificazione adottata dal Rapporto Dalton identifica vantaggi crescenti in termini di maggiore efficienza ottenibile con il passaggio dalle forme di cooperazione più leggera alle forme di integrazione più decisa, quella delle ICO ad esempio. Con 242 ospedali separati gli uni dagli altri (152 dei quali sono già Foundation Trusts), alcuni in disavanzo o altri sotto osservazione per gli scarsi risultati qualitativi raggiunti, il rapporto Dalton invita i produttori ospedalieri inglesi a prendere in considerazione qualcuna di queste forme di rafforzata cooperazione per garantire nel lungo periodo la sostenibilità del NHS. Nel riflettere su queste soluzioni alla luce del rapporto Dalton, il King's Fund (2014) mette comunque in guardia dal rischio che un grande cambiamento organizzativo non produca automaticamente i benefici sperati. Infatti, se esistono certamente esempi di successo come quelli individuati nel rapporto Dalton, la letteratura empirica segnala che queste trasformazioni organizzative non sono comunque esenti da rischi, soprattutto quando è carente la

leadership, una cultura orientata al perseguimento dell'eccellenza e *all'accountability* dei risultati prodotti (Curry e Ham, 2010; Yonek et al., 2010; King's Fund, 2014).

### 6.1 Uno sguardo alle Vanguards incentrate sulle reti specialistiche

13 delle 50 Vanguards lanciate in seguito a *Five Year Forward* si occupano di sviluppare delle forme di *Acute Care Collaboration* che come abbiamo accennato sono reti ospedaliere integrate, disegnate "to spread excellence in hospital services and management across multiple geographies" (NHS England, 2016).<sup>20</sup> Le tipologie di ACC sono tre.

La prima proposta organizzativa prevede che ospedali di alta specialità considerati di eccellenza offrano una serie di servizi ad ospedali minori creando un *NHS Foundation Group* per condividere buone pratiche, offrire servizi centralizzati di tipo tecnico e amministrativo, aiutare a definire strategie di produzione più efficaci ed efficienti, mentre i produttori minori che sul territorio partecipano al gruppo mantengono ed esercitano una delega gestionale all'interno dei parametri stabili da un comitato di governo unico.

Rispetto a questo primo gruppo, l'ospedale di insegnamento *Northumbria Healthcare NHS Foundation Trust* sta realizzando un *Foundation Group* mirato a diffondere buone pratiche cliniche agli ospedali aderenti al gruppo - tutti collegati in rete e in grado di condividere le informazioni cliniche dei pazienti trattati - offrendo loro una varietà di servizi che vanno dalla consulenza strategica alla gestione centralizzata di attività amministrative e di supporto clinico e tecnico. In modo analogo anche *Royal Free London* sta creando un *Foundation Group* a cui potranno aderire dai 10 ai 15 NHS trusts, con un bacino di popolazione di circa 5 milioni di persone, con adesioni che vanno da una *membership* completa (in cui l'ospedale è giuridicamente integrato nel Trust capofila che lo gestisce direttamente) fino all'acquisto di alcune funzioni amministrative o il un mero servizio di "buddying". In ambito monospecialistico, troviamo la *National Orthopaedic Alliance* (NOA) che si propone di creare una rete assistenziale in cui la condivisione di pratiche cliniche standardizzate e condivise possa diffondere una migliore pratica clinica mentre si centralizzano una serie di servizi gestionali e di supporto clinico. Gli ospedali che coordinano il gruppo sono 5<sup>21</sup> e oltre 20 sono gli ospedali che già partecipano all'"alleanza" e che aderiscono al modello assistenziale formulato a livello centrale.

La seconda proposta prefigura degli accordi di *mobilità dei professionisti* che dal centro di eccellenza si spostano per gestire o operare in una struttura ospedaliera più piccola che quindi sfrutta al meglio le proprie piattaforme logistiche produttive, dispone di competenze professionali altamente specializzate di cui altrimenti non disporrebbe e rende più prossima l'erogazione di servizi di alta specialità ai propri assistiti (diffuso soprattutto per le aree ortopediche, oftalmologiche e per le neuroscienze).

Un esempio di questo tipo è rappresentato da *Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust*, uno dei più grandi e antichi centri di trattamento oculistico per l'insegnamento e per la ricerca in Europa. Attualmente Moorfields gestisce con i propri professionisti l'attività oculistica in 32 centri dell'area

---

<sup>20</sup> Delle 13 indicate sul sito NHS England escludiamo l'analisi del Cheshire and Merseyside Women's and Children's Services che prevede la costituzione di una rete ospedaliera che però coinvolge anche i CCGs nel disegno dei servizi erogati ma anche per la promozione di più corretti stili di vita, venendo di fatto a rientrare nelle vanguard maggiormente orientate a integrare ospedale e territorio.

<sup>21</sup> Robert Jones and Agnes Hunt Orthopaedic Hospital NHS Foundation Trust, Royal National Orthopaedic Hospital NHS Trust, Royal Orthopaedic Hospital NHS Foundation Trust, Wrightington Wigan and Leigh NHS Foundation Trust e Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust.

londinese, con l'obiettivo di diffondere ulteriormente le più avanzate tecniche cliniche in questo ambito con la definizione di modelli organizzativi e protocolli operativi (*toolkit*) che possano essere adottati in modo ancora più esteso e consentire il trattamento dei pazienti sempre più vicini al proprio domicilio. Sempre in ambito monospécialistico, è stato costituito il *Neuro Network* presso il Walton Centre a Liverpool, l'unico ospedale di eccellenza nell'ambito delle neuroscienze nel Regno Unito, che consente ai pazienti delle aree di Cheshire e Merseyside di ricevere a livello locale i servizi professionali di un *hub* regionale di alta specialità. In passato esistevano già forme di mobilità dei professionisti neurologici presso gli ospedali distrettuali del Cheshire, Merseyside, Cumbria e North Wales ma il progetto Vanguard fornirà gli strumenti finanziari per consentire un ulteriore rafforzamento di questi collegamenti. In direzione contraria procede invece *East Midlands Radiology Consortium (EMRAD)* con sede presso il Nottingham University Hospitals NHS Trust a cui partecipano altri cinque Trusts<sup>22</sup> nell'area East Midlands che ha un bacino di utenza di circa 6 milioni di abitanti, che offre un servizio di refertazione a distanza sia ai centri di eccellenza membri delle reti regionali di alta specialità sia ai piccoli ospedali e ai centri ambulatoriali della regione.

La terza proposta prevede la creazione di reti cliniche (*Strategic clinical networks*) che integrino ospedali minori con ospedali universitari in specifici ambiti disciplinari. Le reti ospedaliere orizzontali, spesso organizzate a livello regionale e per crescenti livelli di complessità secondo la logica *hub-and-spoke* sono già piuttosto diffuse nell'area dell'alta specialità negli ambiti in cui esiste una forte evidenza di collegamento tra volumi trattati ed esiti clinici raggiunti (ad esempio la cardiocirurgia) ma *Five Year Forward* prevede di estenderle ulteriormente ad altre aree dell'assistenza per acuti come l'oncologia e la chirurgia generale, i servizi materno-infantili e la salute mentale, demenza e neuroscienze.

Tra le *Vanguards* che si propongono la costruzione di reti cliniche troviamo la *Foundation Chain* attivata tra *Salford Royal NHS Foundation Trust* (un Trust integrato che comprende servizi ospedalieri, territoriali, cure primarie e l'ospedale di insegnamento) e il polo ospedaliero di *Wrightington Wigan and Leigh* (costituito da tre stabilimenti orientati ai trattamenti per acuti) mirata a costituire un *operating group* nell'area nord ovest di Manchester che assumerà la responsabilità di una rete altamente informatizzata in grado di erogare assistenza ad una popolazione di circa due milioni di persone, condividendo in modo centralizzato servizi amministrativi, finanziari, la gestione del personale e tutti i servizi di supporto all'attività clinica. Un *Foundation Healthcare Group* è anche il progetto tra il Trust di *Dartford and Gravesham* e il *Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust*, entrambi attivi nell'area meridionale di Londra con il secondo che rappresenta il più grande ospedale di insegnamento dell'Inghilterra ed è centro di eccellenza per la cardiocirurgia, oncologia e per l'assistenza pediatrica. Questi due Trusts avevano già una storia di programmi comuni e diffuse collaborazioni sui percorsi clinici che vengono però a intensificarsi ulteriormente con questo progetto che punta a organizzare in modo più efficiente ed efficace le cure ospedaliere, trasferendole dove possibile maggiormente sul territorio secondo una logica che vede *Guy's and St Thomas'* acquisire funzioni di leadership come *hub* di alta specialità ma anche trasferire le sue competenze specialistiche verso le strutture minori attraverso diffuse forme di consulenza specialistica. Nel *Dorset*, le tre organizzazioni ospedaliere<sup>23</sup> hanno costituito una *multi-specialty joint venture* con un comitato di indirizzo unico che si occupa di integrare le attività assistenziali per una popolazione di quasi 800 mila persone per garantire migliori cure su una base 24/7, sviluppando reti assistenziali,

---

<sup>22</sup> Chesterfield Royal; Kettering General Hospital and Sherwood Forest Hospitals NHS foundation trusts, Northampton General Hospital, United Lincolnshire Hospitals, University Hospitals of Leicester NHS trusts.

<sup>23</sup> Dorset County Hospital NHS Foundation Trust, Poole Hospital NHS Foundation Trust, Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust.

ad esempio per l'assistenza oncologica, che portino i professionisti ospedalieri più vicini al territorio e prevedendo anche forme di turnazione dei professionisti più anziani tra le organizzazioni del network per consentire una maggiore diffusione delle migliori pratiche assistenziali. Sulla stessa linea si muove anche la Working Together Partnership (area di South Yorkshire, Mid Yorkshire, North Derbyshire) tra sette Foundation Trusts tra cui l'ospedale di insegnamento di Sheffield<sup>24</sup> che comprende 15 stabilimenti ospedalieri per una popolazione di circa 2.3 milioni di persone.

In ambito monospécialistico, troviamo la *Mental Health Alliance for Excellence, Resilience, Innovation and Training (MERIT)* che raggruppa 4 ospedali<sup>25</sup> nell'area West Midlands per una popolazione di circa 3.4 milioni di abitanti e che si propone di migliorare, standardizzando, la pratica clinica tra i centri che sono parte della rete dedicata alla salute mentale. In ambito oncologico, si è costituito il *Accountable Cancer Network (ACN)* in cui sono *hub* tre organizzazioni (The Christie NHS Foundation Trust, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, University College London Hospitals NHS Foundation Trust) che servono un bacino di utenza tra Londra e Manchester di circa 10 milioni di persone, opereranno per individuare percorsi uniformi di cura e per elaborare l'aggiornamento delle linee guida in ambito oncologico. Ciascuno dei tre centri oncologici è a sua volta *hub* di una rete locale di alta specialità di cui sono *spoke* gli ospedali per acuti, i servizi territoriali e gli *hospices* per le cure palliative.

Alcuni *Foundation Trusts* sono in grado di combinare insieme diverse innovazioni organizzative. Ad esempio, Northumbria Healthcare Foundation Trust è sede di due *Vanguards*, una per lo sviluppo di un PAC per l'integrazione tra ospedale e cure territoriali, un altro per la creazione del *Northumbria Foundation Group* per la diffusione di buone pratiche nel sistema ospedaliero circostante. È inoltre sede di una rete clinica in cui i servizi di emergenza sono stati separati dai servizi elettivi, creando un polo specialistico per emergenza-urgenza a Cramlington, rivolto ad un bacino di utenza di 500,000 abitanti, che ha rappresentato il primo esempio di ospedale specializzato nell'emergenza nel NHS Inglese. Il polo di emergenza è affiancato da tre ospedali dedicati ai trattamenti elettivi, ai percorsi di riabilitazione e ai servizi *step-up* e *step-down* da e verso il territorio. Gli spazi liberati dalle aree di emergenza-urgenza nei tre ospedali ora solo elettivi sono stati dedicati ad ampliare la gamma di servizi offerti, estendendola anche ai servizi di medicina generale, ai servizi sociali e a numerose altre attività capaci di trasformare questi edifici in health campus. Il personale viene assunto dal Trust, garantendo in questo modo la necessaria mobilità del personale tra i diversi siti. Il Northumbria Healthcare Foundation Trust è poi a sua volta parte di una più vasta rete clinica regionale *hub-and-spoke* per i grandi traumi, la cardiocirurgia e per alcuni servizi pediatrici di alta specialità.

## 6.2 Gli ospedali di insegnamento

Un ruolo chiave nella creazione delle reti cliniche è senza dubbio esercitato dagli ospedali di insegnamento che sono parte importante del processo di formazione dei medici e delle professioni sanitarie che coinvolge il Ministero dell'Istruzione e dell'università (in particolare il *Department for Education* e il *Higher Education Funding Council for England-HEFCE*), il Ministero della salute (in particolare attraverso la sua agenzia *Health Education England*) e le scuole di medicina (*medical colleges*). Sono circa 60 i *Teaching Hospitals* nel Regno Unito, 41 in Inghilterra di cui 12 localizzati

---

<sup>24</sup> Barnsley Hospital NHS Foundation Trust, Chesterfield Royal Hospital NHS Foundation Trust, Doncaster and Bassetlaw Hospitals NHS Foundation Trust, Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust, Rotherham NHS Foundation Trust, Sheffield Children' NHS Foundation Trust, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust.

<sup>25</sup> Si tratta di Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust; Black Country Partnership NHS Foundation Trust; Dudley and Walsall Mental Health Partnership NHS Trust; Coventry and Warwickshire Partnership NHS Trust.

nell'area di Londra, si tratta di strutture ospedaliere che afferiscono al NHS anche se la maggior parte di essi, ad eccezione dei più piccoli, è stata trasformata in *Foundation Trusts*.

Ricordiamo che l'Inghilterra adotta come prevalente sistema di classificazione e remunerazione dell'attività ospedaliera il sistema HRG (Grašič et al., 2015), elaborato dal sistema DRG ma con un maggiore collegamento alle specialità rispetto agli apparati e sistemi del corpo umano. Adottato dal Ministero nel 1991, ripetutamente rivisto nelle versioni successive, viene inizialmente proposto come sistema di classificazione dell'attività ospedaliera ma a partire dagli anni Novanta utilizzato come nomenclatore tariffario nazionale per l'adozione di un sistema di pagamento prospettico adottato per gran parte dell'attività ospedaliera, per le cure ambulatoriali e per i servizi A&E, differenziato a livello locale per un fattore di correzione delle dinamiche locali (*Market Forces Factor* - MFF). È comunque prevista la possibilità che il contratto tra committente e produttore preveda tariffe ulteriormente modificate, ad esempio in presenza di farmaci ad alto costo, uso di risonanza magnetica, impianti cocleari, protesi ortopediche e chemioterapia. Alcune attività di alta specialità vengono pagate separatamente per funzione, come l'alta specialità pediatrica, neuroscienze, chirurgia spinale, ortopedia. In nessun caso le attività di ricerca e di insegnamento sono incluse inclusa nelle tariffe HRG e vengono finanziate separatamente come segue.<sup>26</sup>

Modifiche recenti sono intervenute sia per il finanziamento previsto per la formazione medica che rispetto agli attori coinvolti. In Inghilterra, le tasse universitarie di circa £9,000 sono integrate da un finanziamento annuo per studente (aggiustamento per una serie di indicatori) proveniente dal Dipartimento dell'Istruzione attraverso HEFCE per coprire i costi di insegnamento, a cui si aggiunge una tariffa separata proveniente dal Ministero della salute attraverso l'agenzia *Health Education England* con riferimento ai costi per la pratica clinica svolta negli ultimi tre anni del percorso di studi. Il finanziamento per studente supera £200mila per il corso quinquennale, prevalentemente finanziate dallo Stato (Chan, 2017), con finanziamenti che sono per lo più privi di vincolo di destinazione che quindi possono essere utilizzati, all'estremo, anche per finanziare la spesa corrente dell'ospedale di insegnamento.

Rispetto al finanziamento proveniente dal Ministero della salute, va detto che storicamente esistevano finanziamenti distinti in *silos* che nel 2006 sono stati riuniti in un budget unico denominato Multiprofessional Education & Training (MPET) con tre componenti: SIFT (*Service Increment for Training*) per le strutture ospedaliere che svolgono attività di formazione medica di base (*undergraduate*), introdotto nel 1975 sulla base di una formula più volte modificata che intende finanziare i costi variabili dei servizi erogati dagli ospedali di insegnamento e assegnato sulla base del numero di studenti iscritti agli ultimi tre anni del corso di laurea in medicina e chirurgia; NMET (*Non-medical Education & Training*) per i corsi destinati alle professioni infermieristiche e sanitarie non mediche; MADEL (*Medical & Dental Education Levy*) che forniva un'integrazione salariale per gli specializzandi, borse di studio, fondi per le biblioteche, ecc. Il budget (£4.9 miliardi nel 2015) non aveva vincoli di destinazione ma era responsabilità delle *Strategic Health Authorities* utilizzarlo secondo le necessità territoriali. In seguito alla riforma Cameron del 2012, più volte ricordata per l'abolizione delle SHAs, in Inghilterra si è costituita *Health Education England* (HEE) come agenzia speciale dentro il Ministero della salute (in prospettiva dovrà diventare un ente indipendente). HEE gestisce la programmazione nazionale delle professioni mediche e sanitarie e distribuisce il finanziamento ai *Local Education and Training Boards* (LETBs) che sono agenzie regionali di HEE responsabili delle attività di programmazione e finanziamento territoriale che prima erano svolte

---

<sup>26</sup> Per i trapianti esiste dal 1979 una rete nazionale, unita dal 2005 alla rete trasfusionale, denominata *National Health Services, Blood and Transplant (NHSBT)*, interamente finanziata dal Ministero.

dalle SHAs. L'elemento innovativo di questa riforma è la partecipazione delle università, di tutti i produttori di servizi sanitari, compresi i produttori di cure primarie e servizi territoriali, e di rappresentanti degli enti locali al proprio LETB territoriale al fine di coinvolgerli nelle decisioni di come e dove orientare i fondi per la didattica e la formazione a seconda delle necessità locali.

Tra il soggetto formatore e ora il LETB (in precedenza la SHA) viene stipulato un contratto (denominato *Learning & Development Agreement-LDA*) di finanziamento che disciplina gli standard qualitativi richiesti per la formazione degli studenti *undergraduate*, per gli specializzandi e, recentemente, anche l'aggiornamento professionale della forza lavoro già dipendente, insieme a requisiti aggiuntivi che la visita annuale di "*contract monitoring*" può avere segnalato. Nel 2013 HEE ha avviato un processo di transizione verso un sistema di remunerazione tariffaria per l'attività di istruzione e formazione in ambito sanitario, analoghe a quelli che già vengono utilizzate per la formazione in area non medica. Le componenti tariffarie sono ancora tre, una per gli studenti di medicina *undergraduate* (ex SIFT), una per gli studenti di area sanitaria non medica (ex NMET) e una per le scuole di specializzazione medica e dentistica (ex MADEL), corredate dalla necessità di raggiungere gli standard qualitativi indicati nel contratto e con una minima possibilità di negoziare tariffe diverse da quelle nazionali in sede contrattuale e in presenza di opportune giustificazioni (NACT UK, 2016).

Ricordiamo che nel Regno Unito il corso di laurea in medicina e chirurgia presso una *medical schools* ha durata media di cinque anni<sup>27</sup>, composti da due anni di formazione universitaria e tre anni in cui alla formazione universitaria si aggiunge la pratica clinica presso un ospedale di insegnamento (collegato alla scuola di medicina) e in ambito territoriale. Dal 2005, con il programma *Modernising Medical Careers (MMC)*, è previsto che alla laurea seguano due anni di *Foundation school* dove il medico riceve il suo primo salario e combina formazione e pratica clinica muovendosi però con lavori di durata dai 3 ai 4 mesi con rotazione nelle diverse specialità. Rispetto alle *Foundation schools*, si tratta di un gruppo di istituzioni di cui fanno parte le scuole di medicina, gli ospedali per acuti, i centri di salute mentale ma anche centri territoriali come gli *hospices* o gli ospedali di comunità. Dal 2015 il *Foundation Programme* è stato allargato prevedendo che almeno l'80% dei giovani medici faccia esperienza nell'ambito territoriale, mentre dall'agosto 2017 il training territoriale è diventato obbligatorio.<sup>28</sup> Alla fine di questo percorso ci sono le specializzazioni (tre anni per diventare medico di medicina generale, dai 5 agli 8 anni per le altre specialità), per le quali nel 2011 è stata avviata una riflessione sistematica sui cambiamenti che le nuove sfide demografiche e tecnologiche rendono necessari con il programma *Shape of Training* il cui rapporto conclusivo è uscito a fine 2017, richiamando l'urgenza che siano formati un numero maggiore di medici capaci di fornire cure più ampie che coinvolgano un numero maggiore di discipline e soprattutto capaci di operare in molteplici ambiti assistenziali.<sup>29</sup>

A questo tema si affianca ovviamente quello non meno rilevante di come disporre di un numero adeguato di docenti disponibili a formare un numero crescente di giovani medici impegnati nelle cure territoriali. Già Lacroix (2005) evidenziava per il Canada il problema di come individuare *community-based preceptors* a fronte della necessità, avvertita in Canada molto prima che in Inghilterra o nel nostro paese, di far uscire il percorso di formazione post laurea fuori dai confini dei soli ospedali di insegnamento.

---

<sup>27</sup> Alcune sedi universitarie stanno sperimentando un corso di laurea intensivo della durata di 4 anni, mentre lo studente, una volta laureato, può restare ancora uno/due anni (arrivando quindi a 6/7) per ottenere un titolo aggiuntivo.

<sup>28</sup> <https://www.hee.nhs.uk/our-work/hospitals-primary-community-care/learning-be-safer/better-training-better-care-btbc/broadening-foundation-programme>

<sup>29</sup> Si veda <https://www.shapeoftraining.co.uk/home.asp>

Rispetto invece al finanziamento della ricerca, l'ultimo rapporto del *UK Clinical Research Collaboration* (2015), che dal 2006 pubblica l'andamento dei fondi per la ricerca sanitaria, stima che nel 2014 la spesa destinata alla ricerca sanitaria nel Regno Unito sia stata pari a £8.5 miliardi, con un decremento in termini reali rispetto al biennio 2009/2010 per effetto di una minore presenza delle compagnie farmaceutiche. Non vengono considerati in questa analisi i fondi provenienti dall'UE di cui il Regno Unito è comunque uno dei maggiori percettori (nel periodo 2007 - 2013 il Regno Unito ha ricevuto €8.8 miliardi su un totale di 107 miliardi di fondi destinati a finanziare la ricerca e sviluppo dei paesi membri e dei paesi in via di sviluppo).

Il finanziamento della ricerca sanitaria avviene attraverso numerose istituzioni pubbliche, primo fra tutti il *National Institute for Health Research* (NIHR) che sostiene la ricerca finalizzata attraverso numerosi programmi e centri per un valore annuo complessivo di circa £1 miliardo. Il Ministero dell'istruzione attraverso HEFCE, il Ministero della Salute (e le sue molteplici articolazioni), Public Health (attiva dal 2013) e il *Medical Research Council* (MRC) che investono altri £30 milioni annui nel finanziamento della ricerca scientifica. A questa componente pubblica (che ammonta al 15,3% del totale dei fondi) si affiancano le fondazioni private, le Università, enti del terzo settore e imprese private, soprattutto farmaceutiche, che nel 2014 hanno destinato circa £7,2 miliardi in erogazioni liberali.

#### **Box. Reti ospedaliere e rapporti con l'Università**

- La rassegna condotta per il governo da Sir David Dalton individua sette diverse forme di collaborazione realizzabili tra gli ospedali, distinguendole tra semplici collaborazioni, accordi contrattuali e consolidamenti mediante fusioni.
- 13 delle 50 *Vanguards* lanciate in seguito a *Five Year Forward* si occupano di sviluppare delle forme di *Acute Care Collaborations* che possono essere di tre tipologie.
- La prima proposta organizzativa prevede che ospedali di alta specialità considerati di eccellenza offrano una serie di servizi ad ospedali minori creando un *NHS Foundation Group* per condividere buone pratiche, offrire servizi centralizzati di tipo tecnico e amministrativo, aiutare a definire strategie di produzione più efficaci ed efficienti.
- La seconda proposta prefigura degli *accordi di mobilità* tra professionisti che dal centro di eccellenza si spostano per gestire o operare in una struttura ospedaliera più piccola che quindi sfrutta al meglio le proprie piattaforme logistiche produttive, dispone di competenze professionali altamente specializzate di cui altrimenti non disporrebbe e rende più prossima l'erogazione di servizi di alta specialità ai propri assistiti (diffuso soprattutto per le aree ortopediche, oftalmologiche e per le neuroscienze).
- La terza proposta prevede la creazione di reti cliniche (*Strategic clinical networks*) che integrino ospedali minori con ospedali universitari in specifici ambiti disciplinari, spesso secondo la *logica hub-and-spoke*. Queste reti sono già piuttosto diffuse nell'area dell'alta specialità (ad esempio la cardiocirurgia) ma si prevede di estenderle ulteriormente ad altre aree dell'assistenza per acuti come l'oncologia e la chirurgia generale, i servizi materno-infantili e la salute mentale, demenza e neuroscienze ma anche prevenendo una separazione tra i trattamenti di emergenza e quelli elettivi.
- Per la remunerazione delle prestazioni di alta specialità si adotta il sistema HRG (che non prevede però aumenti per finanziare le attività di ricerca e di insegnamento che sono remunerate a parte) ma soprattutto sono previsti finanziamenti a funzione.
- La programmazione delle professioni mediche e sanitarie e la specializzazione post-laurea viene gestita a livello ministeriale ma coordinata a livello locale dai *Local Education and Training Boards* (LETBs) che sono organismi di coordinamento tra il Ministero della salute, le università, tutti i produttori di servizi sanitari, compresi i produttori di cure primarie e servizi territoriali, ed i rappresentanti degli enti locali

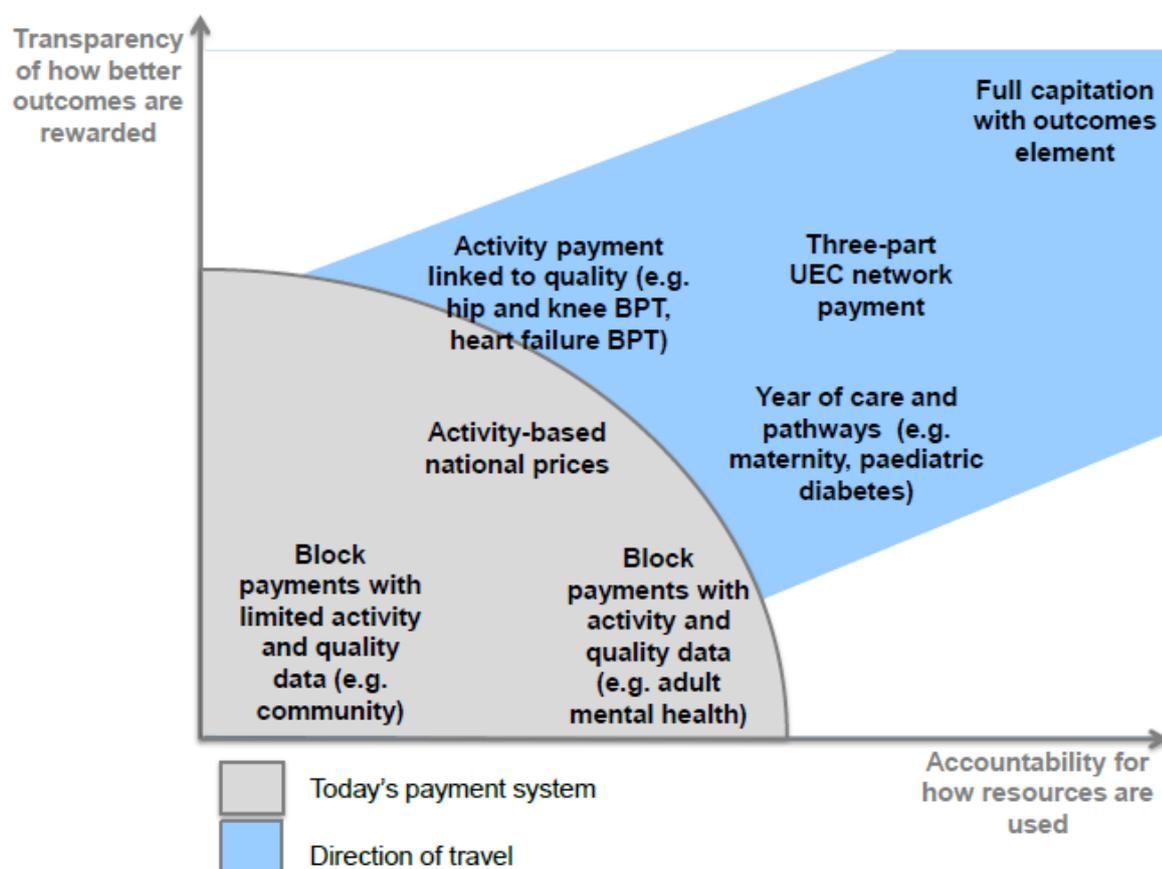
incaricati di definire congiuntamente e in modo coordinato come orientare i fondi per la didattica e la formazione a seconda delle esigenze locali.

- La formazione medica è stata profondamente modificata a partire dal 2005 con la creazione di due anni di *Foundation school* dove il medico laureato riceve il suo primo salario e combina formazione e pratica clinica con lavori di durata dai 3 ai 4 mesi con rotazione nelle diverse specialità ma con l'obbligo dal 2017 di un training territoriale. Alla fine di questo percorso ci sono le specializzazioni per le quali nel 2011 è stata avviata una riflessione sistematica con il programma *Shape of Training* il cui rapporto conclusivo uscito nel 2017 richiama la necessità che si formi un numero crescente di medici capaci di fornire cure più ampie che coinvolgano un numero maggiore di discipline e soprattutto capaci di operare in molteplici ambiti assistenziali.

## 7 I sistemi di remunerazione e contrattazione

L'integrazione delle cure richiede di sviluppare sistemi di contrattazione e remunerazione che incentivino la rimozione di tutte le barriere che ancora si oppongono alla realizzazione dei percorsi integrati. Dopo l'uscita di *Five Year Forward View* nel 2014 gran parte degli sforzi di NHS England e Monitor sono andati nella direzione di proporre nuovi sistemi di remunerazione capaci di agevolare il successo dei modelli di MCP e PACS proposti e alla più recente proposta di inserire i PACS in ACO integrati all'interno di ACS (Monitor, 2014b). La Figura 5 mostra il grado di trasparenza e di responsabilizzazione nell'uso delle risorse pubbliche dei diversi approcci di pagamento, mettendo a confronto i sistemi attuali (in grigio) rispetto a quelli in corso di implementazione (in azzurro).

Figura 5. Trasparenza e responsabilizzazione nei diversi sistemi di remunerazione adottati



Fonte: Monitor (2014b)

Dagli attuali sistemi di pagamento, prevalentemente costituiti da pagamenti forfettari a blocco (con limitata valutazione delle quantità e della qualità prodotta, ad esempio nell'ambito delle cure territoriali, o con moderata valutazione della quantità e qualità prodotta nell'ambito della salute mentale) e da tariffe HRG per caso trattato stabilite e standardizzate a livello nazionale, il sistema viene orientato a utilizzare in modo crescente schemi di compensazione che prevedono una intensa valutazione degli esiti prodotti. In primo luogo, si diffondono sistemi di pagamento dell'attività prodotta in ambito ospedaliero del tipo *blundled payment* in cui il pagamento è prospettico ma riferito all'episodio completo di cura del paziente che si estende oltre il ricovero ospedaliero per un certo periodo di tempo, coinvolge produttori e setting assistenziali diversi e fa ampio uso di indicatori di *performance*.<sup>30</sup> Per le cure territoriali e per alcune aree assistenziali specifiche come il materno-infantile o la salute mentale<sup>31</sup> si adottano crescentemente forme di remunerazione a quota capitaria o tariffa *year of care* che coprono le cure annuali riferite ad una particolare condizione clinica che richiede una presa in carico continuativa nel tempo, ad esempio HIV, diabete pediatrico o fibrosi cistica, eventualmente corredati da target qualitativi.

Rispetto però agli esempi statunitensi o al caso spagnolo citato in precedenza, i contratti inglesi tendono per ora a non avere per oggetto il bisogno assistenziale di una determinata popolazione, ma sono per lo più concentrati su patologie specifiche o su gruppi di pazienti (in analogia a quanto accade ad esempio in Lombardia per i pazienti cronici per i quali si utilizzano i CREGs). L'obiettivo finale è però il medesimo, infatti la figura 5 evidenzia come il punto di arrivo delle riforme inglesi sia proprio il meccanismo a quota capitaria omnicomprensiva, integrato con sistemi di condivisione delle perdite o dei risparmi come già accade nell'esperienza delle ACOs statunitensi in cui il produttore (o la rete dei produttori) prende in carico il bisogno assistenziale di una popolazione mediante quelli che sono definiti *population-based payments* che in parte coincidono con il sistema di finanziamento usato nel nostro paese per le aziende territoriali, se non per il fatto che i meccanismi di stratificazione del rischio utilizzati per prevedere la quota capitaria sono decisamente più sofisticati e sono sempre presenti numerosi indicatori di *performance*, in parte recentemente inseriti anche nel nostro paese attraverso la griglia di indicatori per il monitoraggio dei LEA e con la costituzione del Piano Nazionale Esiti per l'assistenza ospedaliera.

In questa direzione, nella seconda metà del 2017 NHS England e Monitor hanno prodotto un nuovo documento, questa volta concentrato nel fornire linea guida per la costruzione dei budget integrati secondo il modello *population-based payment* per le sperimentazioni esistenti di ACSs, in particolare per i tre ACSs di Greater Manchester, West Berkshire e Frimley Health (NHS England, 2017c). Il meccanismo di pagamento prescelto copre la totalità della popolazione coinvolta (la lista assistita per i GPs oppure la popolazione residente in un territorio oppure un segmento di popolazione definita), punta a rimuovere qualunque collegamento tra attività e remunerazione, investe sulla prevenzione e sulla produzione di salute mediante la costruzione di un budget integrato con pagamento vincolato a target di esito e in cui viene inserito un meccanismo di condivisione del rischio del tipo gain/loss già esaminato per le ACOs statunitensi.

Indicazioni specifiche sono poi previste per l'area dell'emergenza-urgenza per la quale *The Forward View* ha previsto la creazione di una rete territoriale integrata, sulla base della proposta di

---

<sup>30</sup> Esperienze di questi nuovi pagamenti per attività si ritrovano, oltre che negli Stati Uniti per gli interventi ortopedici che prevedono l'impianto di una protesi all'anca o al ginocchio e la successiva riabilitazione (McLawnhorn et al., 2017), anche in Canada per l'ictus (Hellsten et al. 2016), Olanda per diabete, Parkinson e BPCO (Mohnen et al., 2015). Per una discussione di questi sistemi si rimanda a OCSE (2016).

<sup>31</sup> In questo ambito, più che nel resto del sistema sanitario, diventa strategico investire nel miglioramento della base conoscitiva in termini di costi ma anche di metriche per gli esiti misurabili.

riorganizzazione proposta nel 2013 nel rapporto *The UEC Review*<sup>32</sup>, il sistema di pagamento deve tenere in considerazione le diverse componenti della rete, costituita dal 111 (il nostro 118) e dai servizi di ambulanza, così come dai servizi territoriali di pronto intervento. Per questa ragione, il sistema proposto è composto da tre componenti, ciascuno dei quali prevede una serie di indicatori di qualità necessaria per ottenere il 100% del pagamento previsto: un elemento di remunerazione della funzione, in grado di remunerare la presenza di un servizio “*always on*”; un elemento collegato all’attività svolta; un elemento di incentivo in grado di stimolare ciascun componente della rete al miglioramento continuo del servizio offerto.<sup>33</sup>

Grazie a questi impulsi, negli ultimi anni i CCG inglesi hanno fatto uso di nuovi strumenti contrattuali *outcome-based* che spostano sul produttore l’onere di individuare i percorsi assistenziali più appropriati per garantire il raggiungimento degli obiettivi di qualità ed efficacia del trattamento. Si tratta di contratti che hanno solitamente un orizzonte pluriennale, 5-7 anni e sono del tipo *Prime contractor model* oppure *Alliance contract*.

Nel *Prime contractor model*, il CCG contratta con una singola organizzazione (o un consorzio) che si assume la responsabilità di assicurare la gestione di un determinato servizio agendo però da intermediario rispetto ad una serie di singoli produttori nei confronti dei quali stipula a sua volta contratti di subappalto. Una variante molto frequente di questo contratto è il *Prime provider model* in cui il *prime contractor* è anche il principale produttore del servizio esternalizzato, ricorrendo eventualmente comunque all’esternalizzazione di parte dei servizi che non fosse in grado di erogare personalmente.

Il modello di *Alliance contract* lo abbiamo già citato per l’esperienza neozelandese del *Canterbury DHB*, si tratta di una sorta di contratto a rete in cui un gruppo di produttori stipula un contratto con un CCG per assumersi la responsabilità di un servizio. I contraenti sono vincolati e condividono i rischi e la responsabilità di raggiungere gli obiettivi di risultato che normalmente questi contratti contengono. Questi contratti diventano spesso contratti relazionali di lungo periodo, basati su una forte componente fiduciaria tra le parti e spesso presuppongono un coordinamento anche delle fasi di programmazione e progettazione dei servizi necessari. Per l’erogazione dei servizi si procede poi alla stipula successiva di contratti bilaterali con ciascun fornitore.

Se il sistema di remunerazione prescelto è per quota capitaria, il valore procapite può essere determinato sulla base delle stime di spesa elaborate dal committente oppure utilizzando il modello *Long Term Conditions Year of Care Commissioning Simulation model*<sup>34</sup> per i pazienti cronici. Spesso in molte applicazioni dei modelli a quota capitaria il valore medio atteso per paziente può essere aggiustato per tenere conto di una serie di fattori di rischio, in modo da remunerare maggiormente i pazienti più complessi ed evitare indesiderati fenomeni di selezione opportunistica della casistica trattata. Questo sistema non viene attualmente applicato nel sistema inglese dal momento che la remunerazione a quota capitaria viene applicata a gruppi abbastanza omogenei di pazienti e tutti i pazienti appartenenti a questa categoria vengono fatti rientrare obbligatoriamente nel programma. Nel caso però sia necessario applicare strumenti di stratificazione del rischio alla quota capitaria, ad esempio quando i servizi affidati sono più ampi e il gruppo di popolazione coinvolta meno omogeneo, è possibile ricorrere al sistema previsionale di spesa predisposto dal governo che consente di ottenere previsioni di spesa per diverse classi di individui (*Care Spend Estimating Tool*)

---

<sup>32</sup> <https://www.nhs.uk/NHSEngland/keogh-review/Pages/published-reports.aspx>

<sup>33</sup> <https://www.gov.uk/government/consultations/reimbursement-of-urgent-and-emergency-care-options-for-reform>

<sup>34</sup> <https://www.england.nhs.uk/ourwork/ltc-op-eolc/ltc-eolc/resources-for-long-term-conditions/>

per gestire la variabilità nella complessità dei pazienti e agevolare la stesura dei contratti tra committenti e produttori.<sup>35</sup>

Un altro elemento cruciale della contrattazione è la definizione del sistema di condivisione dei guadagni e delle perdite da includere nel pagamento a quota capitaria. Il riferimento internazionale più usato è il *capping mechanism* (anche detto *stop-loss*) che definisce un tetto massimo alle perdite del produttore, superato il quale qualunque eccesso di spesa ritorna in capo al finanziatore ma in Inghilterra vengono crescentemente utilizzati contratti che prevedono anche una condivisione dei guadagni, del tipo *gain/loss* che abbiamo visto ricorrere per il pagamento delle ACOs statunitensi. Infine, fondamentale è la definizione di un sistema di valutazione della performance che può essere anche introdotto attraverso meccanismi di *pay for performance* come bonus o come penalità, mediante la progettazione di un sistema condiviso di targets elaborato tra le parti oppure ricorrendo ai numerosi esempi di contratti utilizzati nel sistema delle ACOs statunitensi.<sup>36</sup>

### Box. I sistemi di remunerazione e contrattazione

- Il sistema inglese viene orientato a utilizzare in modo crescente schemi di compensazione che prevedono una intensa valutazione degli esiti prodotti.
- Si diffondono sistemi di pagamento dell'attività prodotta in ambito ospedaliero del tipo *blinded payment* in cui il pagamento è prospettico ma riferito all'episodio completo di cura del paziente che si estende oltre il ricovero ospedaliero per un certo periodo di tempo, coinvolge produttori e setting assistenziali diversi e fa ampio uso di indicatori di performance.
- Per le cure territoriali e per alcune aree assistenziali specifiche come il materno-infantile si adottano crescentemente forme di remunerazione a quota capitaria o tariffa *year of care* che coprono le cure annuali riferite ad una particolare condizione clinica, ad esempio il diabete pediatrico o la fibrosi cistica, eventualmente corredati da target qualitativi.
- L'obiettivo finale compatibile con lo sviluppo degli ACS è un meccanismo a quota capitaria omnicomprensiva, integrato con sistemi di condivisione delle perdite o dei risparmi come già accade nell'esperienza delle ACOs statunitensi in cui il produttore (o la rete dei produttori) prende in carico il bisogno assistenziale di una popolazione mediante quelli che sono definiti *population-based payments*.
- I modelli contrattuali più diffusi sono *outcome-based* e spostano sul produttore l'onere di individuare i percorsi assistenziali più appropriati per garantire il raggiungimento degli obiettivi di qualità ed efficacia del trattamento. Si tratta di contratti che hanno solitamente un orizzonte pluriennale, 5-7 anni e sono del tipo *Prime contractor model* oppure *Alliance contract*.
- Nel *Prime contractor model*, il committente contratta con una singola organizzazione (o un consorzio) che si assume la responsabilità di assicurare la gestione di un determinato servizio agendo però da intermediario rispetto ad una serie di singoli produttori nei confronti dei quali stipula a sua volta contratti di subappalto.
- Il modello di *Alliance contract* è un contratto a rete in cui un gruppo di produttori stipula un contratto con un CCG per assumersi la responsabilità di un servizio. I contraenti sono vincolati e condividono i rischi e la responsabilità di raggiungere gli obiettivi di risultato che normalmente questi contratti contengono.
- Elementi cruciali per l'adozione di un sistema di remunerazione a quota capitaria omnicomprensiva è la scelta di un adeguato sistema di stratificazione del rischio della popolazione considerata, la definizione

<sup>35</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/estimating-nhs-and-social-care-spend-a-tool-for-commissioners>

<sup>36</sup> Ad esempio l'*Alternative Quality Contract* introdotto nel 2007 da Blue Cross Blue Shield nel Massachusetts. Si tratta di un contratto quinquennale di pagamento omnicomprensivo che combina un budget per popolazione (aggiustato annualmente per condizioni di salute e inflazione) con un sistema di pagamenti P4P legati a misure di qualità, esiti clinici ed esperienza dei pazienti.

del meccanismo di condivisione dei guadagni e delle perdite e di un adeguato sistema di valutazione della performance.

## 8 Alcune valutazioni conclusive

Questo primo allegato si è proposto di ripercorrere la profonda trasformazione che a partire dal 2014 ha nuovamente coinvolto il sistema sanitario inglese. Non si tratta questa volta di un cambiamento avviato dall'ennesima modifica dell'impianto legislativo (gli sconvolgimenti operati dalla riforma Cameron del 2012 con la creazione dei CCGs sono recenti e anche molto discussi), quanto piuttosto di una serie di "pungoli" che il Ministero della salute ha messo in campo a partire dal documento *Five year forward view* affinché vengano modificati i modelli organizzativi per le cure ospedaliere e il loro collegamento con le cure territoriali.<sup>37</sup>

Il sistema politico prende atto che le fusioni e le concentrazioni giuridiche realizzate negli ultimi anni sull'onda dell'idea che "*biggest is best*" non sia avvalorata da un quadro empirico convincente. Nuove analisi empiriche supportano l'idea che in ambito ospedaliero "*small can work*" se e solo se gli ospedali non operano autonomamente ma diventano parte di una rete fortemente integrata a livello orizzontale tra loro e verticale con il territorio di riferimento. In questo ambito, l'investimento nelle tecnologie informatiche riveste un ruolo di assoluto primo piano poiché la sanità digitalizzata (*eHealth*) viene individuata come un importante strumento in grado di mitigare la pressione alla centralizzazione dei servizi e migliorare la qualità dei processi assistenziali, consentendo la creazione di reti cliniche, ma anche professionali, altamente digitalizzate e quindi fortemente connesse le une alle altre.

La nuova parola d'ordine del cambiamento diventa fare rete.

Devono fare rete i servizi territoriali con un modello denominato *Multispecialty Community Providers* in cui i medici di famiglia si ampliano fino a comprendere specialisti territoriali, infermieri, psicologi, assistenti sociali e, in una versione più evoluta, si avvalgono della collaborazione di specialisti ospedalieri, dispongono di accessi privilegiati ad un certo numero di posti letto ospedalieri, gestiscono ospedali di comunità, ricevono un budget non solo per la gestione dell'attività sanitaria ma in prospettiva anche di quella sociale.

Devono fare rete gli ospedali dando vita alle *Acute care collaborations* dove gli ospedali eccellenti, (in genere *Foundation Trusts* e molto spesso anche ospedali di insegnamento) con i migliori risultati economici e di salute, vengono spinti ad esportare le loro competenze verso gli ospedali più piccoli a cui possono anche offrire una serie di servizi di supporto, soprattutto amministrativi e tecnici, per i quali la centralizzazione può consentire quelle economie di scala e di scopo che solo servizi fortemente standardizzabili possono raggiungere. Sono ancora gli ospedali più forti che possono diventare motore per la realizzazione di sistemi a rete organizzati secondo la logica *hub-and-spoke* oppure, in direzione contraria al modello *hub-and-spoke*, possono promuovere forme di "mobilità" degli specialisti e delle équipe ospedaliere che possono operare nei centri più piccoli in modo da riuscire ad offrire ai cittadini servizi di alta specialità vicini al proprio domicilio.

In questo scenario di cambiamenti, un ruolo di primo piano ricoprono senza dubbio gli ospedali di insegnamento che sono parte importante del processo di formazione dei medici e delle professioni

---

<sup>37</sup> Con l'idea del *nudging* per le politiche sanitarie non siamo molto lontani dall'applicazione di quel paternalismo libertario che ha portato a Thaler nel 2017 il Nobel per l'economia. Per una sintesi di questo concetto si rimanda a Boniolo e Rebba (2017).

sanitarie ma che sono spesso anche gli ospedali di maggiori dimensioni, dove si concentrano le funzioni di alta specialità e che rivestono un ruolo di *leadership* nella creazione delle molteplici collaborazioni a cui il sistema inglese si sta orientando. Per questi ospedali la creazione delle reti cliniche rappresenta un mezzo per perseguire una crescente specializzazione, grazie soprattutto alle reti *hub-and-spoke* che favoriscono la concentrazione dell'alta complessità ma impongono al tempo stesso di raggiungere un forte coordinamento con l'assistenza periferica di minore intensità assistenziale e alle reti di mobilità dei professionisti che offrono invece uno strumento per esportare l'alta specialità nei centri minori e diffondere le migliori pratiche cliniche nel sistema ospedaliero.

*Devono fare rete ospedali e servizi territoriali*, con un modello organizzativo denominato *Primary and Acute Care Systems* in cui le reti territoriali si coordinano con le reti ospedaliere, soprattutto con i dipartimenti ospedalieri più generalisti orientati alla continuità assistenziale. Negli ospedali del futuro le professioni sanitarie dovranno essere più orientate verso l'esterno, non solo dentro altre mura ospedaliere come accade nella mobilità degli specialisti ospedalieri nei siti satellite, ma anche disponibili ad operare sul territorio. Questa integrazione, laddove arrivasse a coinvolgere tutti i produttori di servizi, sia territoriali che ospedalieri, in un determinato territorio, arriverebbe a presentare forti similitudini con il modello statunitense *Accountable Care Organizations (ACO)*, organizzazioni di produttori integrati in grado di prendere in carico il bisogno assistenziale di una determinata popolazione per un lungo periodo di tempo dietro al pagamento di una quota capitaria.

*Devono fare rete i committenti (sanitari e sociali) ed i produttori*. Dopo pochi anni dal *Five year forward view* che si riprometteva di lasciare spazio alle sperimentazioni locali attorno ad alcune direttrici proposte per il cambiamento, nel corso del 2017 la sanità inglese ha individuato nel modello degli *Accountable Care Systems* una soluzione promettente per migliorare la salute della popolazione in modo finanziariamente sostenibile. Mentre il modello di organizzazione sanitaria espresso dall'ACO in parte presuppone una forte delega di responsabilità dal committente al produttore integrato, lo sviluppo degli *Accountable Care Systems*, attraverso la creazione di organismi congiunti di governo, sembra andare nella direzione di ristabilire in parte quella programmazione sanitaria territoriale di lungo periodo che la soppressione delle SHAs con la riforma Cameron del 2012 aveva bruscamente interrotto.

L'obiettivo è quello di creare un sistema di servizi integrato orientato secondo la logica del *population health management* verso il miglioramento della salute non solo dei pazienti ma della popolazione di riferimento. A questo proposito si stanno studiando modelli di contrattazione e di remunerazione che favoriscano l'integrazione dell'ospedale con il territorio e in generale che utilizzino in modo crescente una intensa valutazione degli esiti prodotti. La direzione intrapresa è quella che favorisce il ricorso alla medicina di iniziativa guidata dalle tecniche di stratificazione del rischio, un'assistenza di tipo multidisciplinare basata sulle case della salute (*Primary care homes*) dove si sviluppino forme di case management multispecialistico capaci di migliorare la presa in carico di pazienti sempre più multimorbosi e dove si punti ad un crescente coinvolgimento del paziente anche attraverso le applicazioni informatiche di *mHealth*.

Trasformare un sistema sanitario pubblico con l'approccio di *population health management*, che in Regione Emilia-Romagna il Piano della prevenzione 2015-2018 ha sintetizzato efficacemente con l'idea di *costruire salute con le comunità*, richiede di abbattere le barriere tra ospedali ma anche tra ospedali e territorio, tra cure territoriali e cure primarie, tra sistema sanitario e sistema sociale, ma soprattutto di superare la resistenza al cambiamento e riorientare il sistema da una logica gerarchica in cui tutti guardano solo al proprio interno ad una logica orientata verso l'esterno.

Per far questo il sistema inglese ha individuato due motori del cambiamento.

In primo luogo la formazione. È necessario formare un numero maggiore di medici capaci di fornire cure più ampie che coinvolgono un numero maggiore di discipline e soprattutto capaci di operare in molteplici ambiti assistenziali. A questo scopo è stata prevista una riforma del percorso universitario che impone allo studente negli ultimi tre anni del percorso quinquennale di affiancare alla formazione la pratica clinica non solo presso l'ospedale di insegnamento ma anche in ambito territoriale e di frequentare una volta laureato un biennio di pratica clinica meno specialistica (precedente alla scuola di specializzazione), con rotazione tra diverse specialità e con l'obbligo di un training territoriale.

In secondo luogo l'investimento in tecnologie informatiche per una completa digitalizzazione dei servizi. Il quadro tecnologico in cui si pensano le riorganizzazioni è enormemente cambiato negli ultimi anni grazie a tecnologie informatiche che consentono la creazione delle reti e rendono la fusione una delle soluzioni, e non più l'unica soluzione, possibili per migliorare efficienza e qualità dei processi assistenziali. Da questo punto di vista le ICT consentono la creazione di reti non più solo fisiche ma digitali e il disegno di sistemi di cura coordinati e privi di duplicazioni, garantendo una buona accessibilità ai servizi sul territorio. Inoltre, nel momento in cui i servizi sanitari si riorganizzano attorno a sistemi integrati di gestione attiva della salute delle popolazioni di riferimento, la possibilità di raccogliere, gestire e analizzare dati su grandi dimensioni relativi alle caratteristiche specifiche di ciascun assistito, a tutti i consumi sanitari e all'evoluzione delle condizioni di salute, consente di ricostruire i processi decisionali in merito ai percorsi seguiti e agli interventi effettuati e diventa possibile verificare l'efficacia di lungo termine di singoli atti, di interi percorsi e modelli organizzativi, in un continuo processo di progressivo miglioramento della pratica clinica e della salute della comunità di riferimento.

## **Bibliografia**

Addicott R (2014). Commissioning and contracting for integrated care. London: The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/projects/commissioning-and-contracting-integrated-care>

Alderwick H, Ham C, Buck D (2015). Population health systems: going beyond integrated care. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems>

London: The King's Fund. Available at: [www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems](http://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems)  
Alderwick H, Dunn P, McKenna H, Walsh N, Ham C (2016). Sustainability and transformation plans in the NHS: how are they being developed in practice? London: The King's Fund. Available at: [www.kingsfund.org.uk/publications/stps-in-the-nhs](http://www.kingsfund.org.uk/publications/stps-in-the-nhs)

Aldwych Partners (2016) Benefit from mergers: lessons from recent NHS transactions. [https://improvement.nhs.uk/uploads/documents/Mergers\\_Aldwych\\_Partners\\_Overarching\\_report.pdf](https://improvement.nhs.uk/uploads/documents/Mergers_Aldwych_Partners_Overarching_report.pdf)

Bardsley M, Smith J, Steventon A, Smith J, Dixon J (2013). Evaluating integrated and community based care: how do we know what works? Research summary. London: Nuffield Trust.

www.nuffieldtrust.org.uk/publications/evaluating-integrated-and-community-based-care-how-do-eknow-what-works

Boniolo G, Rebba V (2017) Il Nobel per l'economia 2017 a Richard Thaler: l'idea del *nudging* per le politiche sanitarie. *Politiche sanitarie*, 18 (3): 111-112.

Carter P, Baron Carter of Coles (2006). Legal Aid A market-based approach to reform. <https://www.lccsa.org.uk/assets/documents/.../carter%20review%2013072006.pdf>

Carter P, Baron Carter of Coles (2008). Report of the Second Phase of the Review of NHS Pathology Services in England chaired by Lord Carter of Coles. [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123195523/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_091985](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123195523/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_091985)

Carter P, Baron Carter of Coles (2016). Operational productivity and performance in English NHS acute hospitals: Unwarranted variations. An independent report for the Department of Health by Lord Carter of Coles, <https://www.gov.uk/government/publications/productivity-in-nhs-hospitals>

Chan P (2017) A rich patient bled dry. <https://www.timeshighereducation.com/opinion/rich-patient-bled-dry>

Charles A. (2017). Developing accountable care systems: lessons from Canterbury, New Zealand. Kings Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/developing-accountable-care-systems>

Collins B. (2015). Foundation Trusts and NHS trust mergers. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/foundation-trust-and-nhs-trust-mergers>

Curry N, Ham C (2010). Clinical and service integration: the route to improved outcomes. The King's Fund. [www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration](http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration)

Dalton D. (2014) Examining new options and opportunities for providers of NHS Care, the Dalton Review, <https://www.gov.uk/government/publications/dalton-review-options-for-providers-of-nhs-care>

Damiani G, Carovillano S, Poscia A, Silvestrini G (2013). Cure primarie. Confronto shock tra UK e USA. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/03/cure-primarie-confronto-shock-tra-uk-e-usa/>

De Rosa Torner A. (2012) Lessons from Spain: the Alzira Model. The King's Fund International integrated care summit, London, May 1<sup>st</sup>.

Department of Health (2003b). Keeping the NHS local – a new direction of travel. [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4085947.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4085947.pdf)

Editorial. Future plans for the NHS. *Lancet* 2014; 384:1549.

Edwards N (2014). The triumph of hope over experience. NHS Confederation.

European Observatory on Health Care Systems (2002). 'The significance of hospitals'. Policy brief based on McKee M and Healy J (eds), *Hospitals in a changing Europe*, World Health Organization. [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/108821/hosbrief170202.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/108821/hosbrief170202.pdf)

Ferlie E, Fitzgerald L, Dopson S, McGiver, G, Exworthy M (2010). Networks in health care : a comparative study of their management, impact & performance. NIHR SDO Programme, Department of Health: Department of Health, Report No. 08/1518/102, <https://www.escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:108677>

Frontier Economics, The Boston Consulting Group (2012). A study investigating the extent to which there are economies of scale and scope in healthcare markets and how these can be measured by

Report. [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/303160/Monitor\\_Economies\\_of\\_Scale\\_and\\_Scope - FINAL REPORT 0 0.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/303160/Monitor_Economies_of_Scale_and_Scope_-_FINAL_REPORT_0_0.pdf)

Gadzinski AJ, Dimick JB, Ye Z, Miller DC (2013). 'Utilization and outcomes of inpatient surgical care at critical access hospitals in the United States'. *JAMA Surgery*, vol 148, no 7, pp 589–96.

Gaynor M, Laudicella M, Propper C (2012). Can governments do it better? Merger mania and hospital outcome in the English NHS. *Journal of Health Economics*, 31: 528-543.

Geddes M (2014). Le ristrutturazioni e gli accorpamenti dei servizi sanitari sono efficaci? <http://www.saluteinternazionale.info/2014/11/hope-le-ristrutturazioni-e-gli-accorpamenti-dei-servizi-sanitari-sono-efficaci/>

Goddard M and Ferguson B (1997) Mergers in the NHS: Made in heaven or marriages of convenience? Nuffield Trust.

Grašič K, Mason AR, Street A (2015) Paying for the quantity and quality of hospital care: the foundations and evolution of payment policy in England. *Health Economics Review*, 5:15.

Ham C, Alderwick H, Dunn P, McKenna H (2017). Delivering sustainability and transformation plans: from ambitious proposals to credible plans. London: The King's Fund. Available at: [www.kingsfund.org.uk/publications/delivering-sustainability-and-transformation-plans](http://www.kingsfund.org.uk/publications/delivering-sustainability-and-transformation-plans)

Harrison A (2012). Assessing the relationship between volume and outcome in hospital services: implications for service centralization. *Health Services Management*, vol 25, no 1, pp 1–6.

Health Affairs Blog (2017). Growth Of ACOs And Alternative Payment Models In 2017, June 28, 2017. DOI: 10.1377/hblog20170628.060719

Hellsten E, Scally C, Crump RT, Yu K, Sutherland JM (2016) New pricing approaches for bundled payments: leveraging clinical standards and regional variations to target avoidable utilization. *Health Policy*, 120: 316-26.

Imison C (2011) Reconfiguring hospital services. King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/reconfiguration-clinical-services>

Imison C, Sonola L, Honeyman M, Ross S (2014) The reconfiguration of clinical services: what is the evidence? King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/reconfiguration-clinical-services>

Imison C, Sonola L, Honeyman M, Ross S, Edward N (2015) Insights from the clinical assurance of service reconfiguration in the NHS: the drivers of reconfiguration and the evidence that underpins it – a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 3 (9), marzo.

King's Fund (2014). Future organisational models for the NHS. Perspectives for the Dalton review, July 2014, <https://www.kingsfund.org.uk/publications/future-organisational-models-nhs>

Lacroix TB (2005) Meeting the need to train more doctors: The role of community-based preceptors. *Paediatrics & Child Health*, 10(10):591-594.

Leutz W (1999). 'Five laws of integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom', *The Milbank Quarterly*, vol 77, no 1, pp 77–110.

McLawn AS, Buller LT. (2017) Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 10(3):370-377.

Maciocco G. (2013) Il Big Band del NHS. *Salute internazionale*, scaricabile da <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-big-bang-del-nhs/>

Maciocco G. (2014). Il sistema inglese cambia in meglio. Si spera. Salute internazionale, scaricabile da <http://www.saluteinternazionale.info/2014/11/nhs-si-cambia-in-meglio-si-spera/>

Mohnen S, Baan C, Stuijs J (2015). Bundled payments for diabetes care and healthcare costs growth: a 2-year follow-up study. The American Journal of Accountable Care, December.

Monitor (2014). Facing the future: smaller acute providers. London: Monitor. Available at: [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/320075/smalleracuteprovidersreport.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/320075/smalleracuteprovidersreport.pdf).

Monitor, NHS England (2014a). Capitation: a potential new payment model to support integrated care. <https://www.gov.uk/government/publications/supporting-innovation-in-the-nhs-with-local-payment-arrangements>

Monitor, NHS England (2014b). Reforming the payment system for NHS services: supporting the five year forward view. London: Monitor. [www.gov.uk/government/publications/reforming-the-payment-system-for-nhs-services-supporting-the-five-year-forward-view](http://www.gov.uk/government/publications/reforming-the-payment-system-for-nhs-services-supporting-the-five-year-forward-view)

Mungall IJ (2005). 'Trend towards centralisation of hospital services, and its effect on access to care for rural and remote communities in the UK'. Rural and Remote Health, vol 5, p 390.

Naylor C, Alderwick H, Honeyman M (2015). Acute hospitals and integrated care. From hospital to health systems. King's Fund, <https://www.kingsfund.org.uk/publications/acute-hospitals-and-integrated-care>

NHS England (2014). Five year forward view, October 2014, <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-five-year-forward-view/>

NHS England (2017a). *Next steps on the NHS Five year forward view*, Marzo, <https://www.england.nhs.uk/publication/next-steps-on-the-nhs-five-year-forward-view/>

NHS England (2017b). Sustainability and transformation partnerships progress dashboard – baseline view. [www.england.nhs.uk/publication/sustainability-and-transformation-partnerships-progress-dashboard-baseline-view/](http://www.england.nhs.uk/publication/sustainability-and-transformation-partnerships-progress-dashboard-baseline-view/)

NHS England (2017c). Whole population models of provision: establishing integrated budgets. Agosto. <https://www.england.nhs.uk/publication/whole-population-models-of-provision-establishing-integrated-budgets-document-7b/>

NHS England, NHS Improvement, Health Education England, National Institute for Health and Care Excellence, Public Health England, Care Quality Commission (2015). Delivering the Forward View: NHS planning guidance 2016/17–2020/21, [www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/delivering-forward-view/](http://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/delivering-forward-view/)

Nolte E, Pitchforth E (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Policy Summary 11. European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Available at: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf)

Nolte E, Pitchforth E, Miani C, Mc Hugh S (2014) The changing hospital landscape, an exploration of international experiences. Rand Europe [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR728.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR728.html)

Nicholl J, West J, Goodacre S, Turner J (2007). 'The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study'. Emergency Medicine Journal, vol 24, no 9, pp 665–8.

OCSE (2016). Better ways to pay for health care. June 2016.

Posnett J (2002). Are bigger hospitals better? in McKee M, Healy J (eds). Hospitals in a changing Europe, pp 100–09. Buckingham: Open University Press.

Roland M, Lewis R, Steventon A, Abel G, Adams J, Bardsley M, Brereton L, Chitnis X, Conklin A, Staetsky L, Tunkel S, Ling T (2012). Case management for at-risk elderly patients in the English integrated care pilots: observational study of staff and patient experience and secondary care utilisation. *International Journal of Integrated Care*, vol 12, e130.

Shortell SM (2013). Bridging the divide between health and health care. *JAMA*, vol 30 (11): 1121-2.

Shortell S, Addicott R, Walsh N, Ham C (2014) Accountable care organisations in the United States and England. Testing, evaluating and learning what works. The King's Fund Briefing <https://www.kingsfund.org.uk/publications/accountable-care-organisations-united-states-and-england>

Stevens S (2014). Thinking like a patient, acting like a tax payer – from NHS challenges to new solutions? Speech to the NHS Confederation Annual Conference, Liverpool, 4 June. NHS England website. Available at: [www.england.nhs.uk/2014/06/04/simon-stevens-speech-confed/](http://www.england.nhs.uk/2014/06/04/simon-stevens-speech-confed/)

Timmins N, Ham C (2013). The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zealand. London: The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/quest-integrated-health-and-social-care>

World Health Organization (2011). European database on human and technical resources for health(HealthRes-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. <http://data.euro.who.int/HlthResDB/>

Yonek J, Hines S, Joshi M (2010). A guide to achieving high performance in multi-hospital health system. Health Research & Educational Trust, <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2010/mar/a-guide-to-achieving-high-performance-in-multihospital-health-systems>

NHS England (2016) *New care models: vanguards – developing a blueprint for the future of NHS and care services*. <https://www.england.nhs.uk/new-care-models/vanguards/care-models/>

Ugolini C (2017) Il ruolo della medicina generale nella riorganizzazione delle cure primarie, in PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA DI WELFARE, a cura di G.C. Feroni, M .Livi Bacci e A. Petretto, Fondazione Cesifin, Firenze, pp. 23-36.

UK Clinical Research Collaboration (2015) UK Health Research Analysis 2014, <http://www.ukcrc.org/research-coordination/health-research-analysis/uk-health-research-analysis>