

Altri contributi

I Servizi Sanitari nel contesto EU: l'importanza della committenza

Healthcare Services in the EU context: the importance of commissioning

Silvio Brusaferrero, Pietro Del Giudice, Lucia Lesa, Giulio Menegazzi, Alessandro Moro

Silvio Brusaferrero, Pietro Del Giudice, Lucia Lesa, Giulio Menegazzi, Alessandro Moro
Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, Università di Udine

Parole chiave: committenza, Unione Europea, analisi dei bisogni di salute, health literacy

RIASSUNTO

Obiettivi: con questo contributo si intende descrivere un modello per la committenza che, a partire da un'analisi dei fattori comuni nell'attività di committenza dei diversi sistemi sanitari in Europa, possa essere utilizzato come riferimento nella definizione delle attività di committenza nel contesto italiano.

Metodi: è stata effettuata un'analisi dell'attività di committenza, evidenziando il contributo dei principi di Health Literacy. Inoltre sono state analizzate le declinazioni della committenza a livello dei diversi sistemi sanitari in Europa.

Risultati: l'attività di committenza viene descritta come un processo ciclico costituito di tre fasi: l'analisi dei bisogni di salute della popolazione, l'acquisizione dei servizi per rispondere ai bisogni identificati e il monitoraggio e valutazione dei risultati del servizio erogato. La tematica dell'Health Literacy per il coinvolgimento dei cittadini viene affrontata in relazione al concetto di educazione sanitaria e viene declinata nelle diverse competenze di Health Literacy relative ai cittadini, ai professionisti e alle organizzazioni sanitarie. La committenza nei sistemi sanitari Europei viene analizzata nei suoi tratti comuni, anche in presenza di sistemi di finanziamento e organizzativi differenti.

Conclusioni: per assicurare ai cittadini un buono stato di salute ed un'assistenza sanitaria di qualità in tutta l'Unione Europea, è necessario che i sistemi sanitari adottino misure atte a favorirne la sostenibilità e mirate a ridurre le disuguaglianze in materia di salute. In Europa i sistemi sanitari hanno un ruolo cruciale nel definire strategie di committenza che promuovano lo sviluppo di modelli di cura sostenibili caratterizzati da un coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholder, da un'analisi comprensiva dei reali bisogni di salute della popolazione, da un sistema ben definito per l'acquisizione dei servizi, e da una valutazione dei risultati orientati al miglioramento continuo della qualità.

Keywords: commissioning, European Union, health need assessment, health literacy.

SUMMARY

Objectives: to describe a model for commissioning that, starting from an analysis of the common factors of the commissioning activity in Europe, could be applied as a reference for the definition of commissioning activities in the Italian context.

Method: an analysis of the commissioning activity has been conducted, highlighting the role of Health Literacy principles. Also, variations in the commissioning activities for the different European Healthcare Systems have been analysed.

Results: commissioning is described as a 3 stages cycle: population health needs assessment, appropriate services procurement and monitoring and evaluation of results and impacts of the services provision. Health Literacy for the active citizen involvement is illustrated in relation of the concept of Health Education and is subsequently declined for the different competencies necessary to citizens, healthcare professionals and organizations. Commissioning in different European Healthcare Systems is analysed highlighting common traits, also taking in account differences in funding and organization.

Conclusions: to ensure to every European citizen good health and high quality health care, requires the adoption of measures aimed to guarantee sustainability and reduction of inequity in healthcare. Healthcare Systems in Europe play a crucial role in the definition of commissioning strategies to promote sustainable healthcare models, characterized by an active involvement of all relevant stakeholders, a comprehensive analysis of the real health needs of the population, a well-defined system for the procurement of services, and an evaluation of results oriented to a continuous improvement of quality.

Introduzione

I sistemi sanitari svolgono un ruolo essenziale nelle nostre società: aiutano a mantenere e a migliorare la salute, garantendo in tal modo il benessere delle persone.

Tuttavia, i sistemi sanitari sono esposti a numerose pressioni: la popolazione europea invecchia e necessita di cure più numerose e più frequenti; le nuove tecnologie offrono nuovi strumenti efficaci, ma a costi crescenti; il personale sanitario non è distribuito in maniera omogenea e fa fatica a rispondere alle diversificate esigenze dei pazienti; infine, a causa della crisi economica i governi devono operare scelte difficili con bilanci limitati (1).

Il quadro epidemiologico inoltre evidenzia come le malattie croniche degenerative sono responsabili dell'87% di tutti i decessi nell'UE, con un costo dell'assistenza sanitaria dell'UE pari a 700 miliardi di euro, corri-

spondente a circa il 70-80% della spesa sanitaria complessiva (2).

Per poter garantire ai cittadini un buono stato di salute e un'assistenza sanitaria di qualità è necessario che i diversi sistemi sanitari dell'Unione Europea adottino misure atte a favorirne la sostenibilità, e mirate a ridurre le disuguaglianze di salute e l'incidenza delle malattie prevenibili.

Per rispondere a queste sfide, i sistemi sanitari hanno la necessità di adottare nuovi approcci che riguardano anche la definizione di politiche ed interventi per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Lo strumento della committenza, intesa come punto di incontro tra bisogni dei cittadini e scelte strategiche delle organizzazioni sanitarie, è un elemento rilevante al fine di sviluppare processi proattivi in grado di ridisegnare il modo in cui i servizi sono offerti.

La committenza

La committenza è l'insieme di attività necessarie all'analisi dei bisogni di salute di una popolazione e alla specificazione dei servizi richiesti per far fronte a questi bisogni all'interno di una pianificazione strategica. Inoltre chi svolge ruolo di committenza deve anche assicurare che i servizi identificati siano erogati, oltre che misurare, monitorare e valutare i risultati ottenuti (3).

Il termine committenza nasce nel mondo anglosassone alla fine degli anni '90 (commissioning) per definire un'attività più sofisticata del semplice acquisto di beni e servizi da parte delle organizzazioni sanitarie, che comprendesse al suo interno anche tutto l'insieme di attività strategiche volte ad assicurare una reale risposta ai bisogni di salute di una popolazione (4).

La committenza, in questi termini, può essere vista come un processo ciclico costituito di tre fasi (vedi figura 1):

1. analisi dei bisogni di salute;
2. acquisizione dei servizi;
3. monitoraggio e valutazione dei risultati.

La suddivisione del ciclo della committenza in diverse fasi può portare, e ha prodotto anche in altri contesti, a caratterizzarla come

un'attività con un ciclo temporale ben definito (semestrale, annuale), mentre nella realtà il ciclo della committenza deve essere inteso come un processo continuo in cui diverse attività di diverse fasi coesistono e si sovrappongono (5).

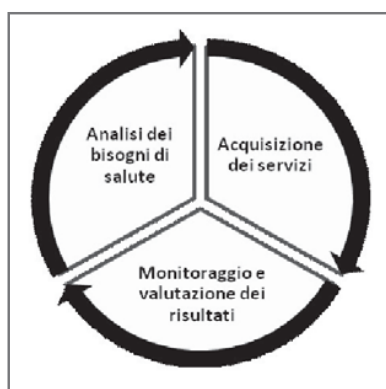
La committenza, inoltre, è una funzione influenzata dai diversi "stakeholder" e caratterizzata dalle specificità del contesto nel quale le organizzazioni sanitarie devono agire: le amministrazioni (comuni, regione), le associazioni e i comitati (pazienti, cittadini), i professionisti sanitari (territorio, ospedale) e le società scientifiche, le rappresentanze sindacali, i contratti di lavoro, i livelli di governo del sistema sanitario, l'industria e il progresso tecnologico, la disponibilità di risorse (economiche, logistica, personale), le modalità di remunerazione delle prestazioni sanitarie (finanziamento del sistema sanitario, assicurazioni sanitarie) sono tutti fattori che influenzano la committenza.

Il coinvolgimento di tutti i possibili stakeholder interessati deve quindi essere preso in considerazione e affrontato dal committente per assicurare l'approccio più comprensivo possibile ai reali bisogni di salute della popolazione.

La committenza deve essere quindi basata sull'analisi continua dei bisogni di una comunità e sulla configurazione (disegno, specificazione e messa a disposizione) di servizi in risposta ai bisogni all'interno del contesto, degli attori e delle risorse disponibili. Il Royal College of General Practitioners ha identificato 5 principi fondamentali al fine di orientare un buon processo di committenza (6):

1. migliorare gli outcomes per pazienti e comunità, dando priorità alla domanda rispetto all'offerta ed incoraggiando l'innovazione;

Figura 1. Il ciclo della committenza



2. sviluppare l'empowerment del paziente attraverso approcci condivisi alla assistenza; informando pienamente i pazienti ed aiutandoli ad essere protagonisti della loro assistenza;
3. utilizzare pratiche evidence based nella valutazione dei bisogni, nel disegno dei servizi e nel monitoraggio degli outcomes;
4. mobilitare le risorse della comunità;
5. rendere i sistemi sostenibili.

Analisi dei bisogni di salute

L'analisi dei bisogni di salute è quel processo di revisione sistematica delle istanze di salute di una popolazione che porta a concordare priorità ed allocazione di risorse per migliorarne la salute e ridurre le disuguaglianze, nonché per dare delle risposte appropriate a quanti possono trarne la massima utilità (7). Per poter avviare un ciclo di committenza è necessario iniziare dall'analisi dei bisogni di salute di una popolazione. I bisogni di salute possono presentarsi come più o meno espressi, percepiti e formalizzati a seconda che questi siano più o meno riconosciuti come tali e tradotti in domanda da parte dei cittadini ed in offerta sanitaria da parte dei professionisti (8).

L'analisi dei bisogni non può fermarsi a una risposta reattiva ai soli bisogni percepiti, espressi o formalizzati, ma deve arrivare in modo proattivo a coprire anche quelli che sono i bisogni di salute non percepiti, non espressi e non formalizzati, che possono manifestarsi anche in forma di disagio o instabilità sociale, e possono non essere ancora riconosciuti o considerati non attinenti dal personale sanitario.

All'interno del ciclo della committenza l'analisi dei bisogni di salute si può articolare nelle seguenti attività:

1. coinvolgimento e inclusione degli

stakeholder;

2. raccolta e analisi di dati relativi allo stato di salute, contestualizzati per un dato luogo, una data popolazione e un dato tempo;
3. identificazione condivisa delle priorità d'azione tra committente e stakeholder.

Per far sì che l'attività di committenza riesca a rispondere in modo proattivo ai bisogni di salute della popolazione sono necessarie azioni indirizzate al coinvolgimento in modo attivo di tutti gli stakeholder interessati, in un processo mirato alla creazione di un rapporto in cui le comunità collaborano attivamente con il committente.

Una quota rilevante di lavoro in questa fase consiste nella raccolta e nell'analisi dei dati relativi allo stato di salute della popolazione. La capacità di leggere e utilizzare i dati provenienti da diverse fonti (epidemiologiche, amministrative, economiche), al fine di ottenere informazioni utili ad identificare in modo comprensivo i bisogni di una popolazione, diventa quindi un fattore critico per effettuare una buona committenza. In questo elemento si identifica una doppia criticità: da un lato è necessario assicurare che gli operatori addetti all'analisi dei bisogni di salute abbiano la capacità di utilizzare i dati, dall'altro bisogna fare in modo che i dati necessari siano disponibili, facilmente accessibili e temporalmente rilevanti (9).

La finalizzazione della fase di analisi dei bisogni di salute avviene al momento della definizione dei contenuti (secondo una logica di medicina basata sulle evidenze), delle strategie e delle priorità d'azione necessarie a rispondere a quelli che sono stati identificati come bisogni per quella popolazione. La condivisione e collaborazione tra committente e stakeholder diventano fattori critici all'interno di questa fase per ridurre il rischio che la committenza non risponda efficace-

mente ai reali bisogni di salute della popolazione (9).

Acquisizione dei servizi

Una volta effettuata un'analisi dei bisogni di salute della popolazione, i sistemi sanitari devono decidere come acquisire i servizi necessari a fornire le risposte più adeguate.

I sistemi sanitari possono distinguersi molto per la varietà di risposte attuabili, tuttavia l'acquisizione dei servizi rappresenta un elemento comune a tutti i servizi sanitari anche di modelli molto diversi, che possono in questa fase decidere come offrire il servizio secondo diverse modalità:

1. produzione del servizio tramite acquisto di una risorsa interna;
2. produzione del servizio da una risorsa esterna proveniente dal settore sanitario;
3. acquisto del servizio da provider esterno.

All'interno del ciclo della committenza, la fase di acquisizione dei servizi è caratterizzata da diverse attività che accomunano tutte le tipologie di servizi sanitari:

1. configurazione dei servizi;
2. definizione e il rimodellamento dei sistemi di fornitura;
3. gestione appropriata della domanda attraverso la pianificazione di servizi appropriati.

La configurazione dei servizi è il momento della committenza in cui si devono identificare le opportunità di miglioramento per offrire un insieme di servizi mirati ai bisogni di salute identificati. Il committente, basandosi sulle buone pratiche nazionali ed internazionali, deve in questa fase definire più specificatamente e/o modificare prestazioni e servizi già esistenti e/o crearne di nuovi. Questi servizi devono essere organizzati in modo da risultare coordinati, integrati tra loro e costo-efficaci.

Segue poi la definizione dei sistemi di fornir-

tura, che porta alla sottoscrizione di contratti con tutti i fornitori necessari (emergenza, cure primarie, comunità, volontari), nei quali vengono chiaramente descritti i requisiti di attività, di qualità e le aspettative sia del committente che del fornitore. Tramite questi contratti dovrebbero essere promossi: l'incentivo allo sviluppo di nuovi modelli di servizio o di percorsi sanitari, la qualità del servizio e il riconoscimento economico del valore del servizio e della prestazione.

L'ultima attività della fase di acquisizione dei servizi consiste nella gestione appropriata della domanda. In questa fase è necessario verificare che i servizi si occupino effettivamente di ciò che è stato richiesto loro e di bilanciarli per assicurare che non vengano sovra- o sotto-utilizzati in modo da evitare costi extra, ridurre gli sprechi e garantire la sicurezza delle cure.

Inoltre è importante sviluppare approcci che supportino ed incentivino i pazienti ad utilizzare i servizi nel modo più ottimale. Affinché questo processo sia possibile, il committente deve essere in grado di anticipare proattivamente le necessità di salute del momento e la loro evoluzione, in modo da poter identificare quali potrebbero essere i futuri requisiti che i servizi dovranno avere per poter soddisfare anche i bisogni di salute che la popolazione potrebbe sviluppare in un tempo futuro.

Monitoraggio e valutazione dei risultati

Le evidenze scientifiche disponibili mostrano che è necessario un sistema di monitoraggio affinché un servizio o una prestazione siano efficaci, migliorando e modellandosi a seconda dei bisogni (5).

Per monitoraggio e valutazione dei risultati in questo contesto si intende la misurazione

continua del livello di efficacia dei servizi e delle prestazioni erogate e la valutazione del conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione. Questa fase del ciclo della committenza è composta da diverse attività:

1. il supporto alle decisioni cliniche/scelte del paziente;
2. la gestione delle performance (tramite il monitoraggio della qualità, delle attività e degli esiti);
3. la definizione e l'analisi del punto di vista degli utenti, della comunità e delle autorità locali.

Al centro della committenza si trova il paziente, il quale dovrebbe ricevere la miglior qualità dei servizi e tutte le informazioni più recenti che possano assisterlo nell'effettuare una reale scelta informata e consapevole. Per questo motivo, i pazienti devono essere educati e supportati nel prendere decisioni consapevoli sulla propria salute. Perché questo sia possibile il committente deve programmare una offerta di servizi integrati nel contesto in cui agisce.

La gestione delle performance si avvale di indicatori che forniscono periodiche informazioni riguardo alle prestazioni stesse (il volume di servizi utilizzati, le risorse in utilizzo) e di indicatori di qualità, facendo riferimento alle sei aree di misura della qualità (10):

1. sicurezza;
2. esperienza e risultati incentrati su paziente e operatore;
3. coordinamento assistenziale;
4. assistenza clinica;
5. salute della popolazione o della comunità;
6. efficienza e riduzione dei costi.

Misurare, produrre report e confrontare i risultati sono forse i più importanti passi verso cui deve dirigersi l'assistenza sanitaria per un rapido miglioramento dei risultati e per la riduzione dei costi (11–15).

È importante infine procedere alla definizione e analisi del punto di vista degli utenti, della comunità e delle autorità locali. Questo significa che un completo monitoraggio non può esimersi dal tenere conto dell'opinione che ha l'utente, la popolazione che usufruisce del servizio e le autorità locali, sviluppando strumenti di feedback in un formato tale da poter essere facilmente confrontabile nel tempo e con altri servizi.

Committenza, Health Literacy e coinvolgimento del cittadino

Nella società attuale, la sfera di interesse per la salute si è espansa ben oltre i confini del sistema sanitario in cui operano i professionisti, coinvolgendo diversi aspetti della vita quotidiana delle persone (16,17).

L'Health Literacy (HL) è stata definita in molti modi diversi da quando è stato introdotto come termine e concetto. Questa può essere descritta come l'insieme delle abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere, di comprendere e di utilizzare le informazioni in modi che promuovono e mantengono la buona salute favorendo l'empowerment del cittadino (18,19). I programmi di HL sono tesi ad influenzare in modo positivo i comportamenti individuali, ed affrontano i fattori ambientali, politici e sociali che determinano la salute (20).

Questa definizione di HL, intesa come strumento di empowerment del cittadino, trova la sua possibilità di realizzarsi tramite l'utilizzo di strumenti di educazione sanitaria, intesa sia come un processo di comunicazione interpersonale, sia come processo educativo che tende a responsabilizzare cittadini singoli e gruppi nella difesa della salute propria e degli altri (21).

Investimenti volti al potenziamento delle

capacità di HL dei cittadini permettono di rendere più accessibili le informazioni relative alla salute e all'assistenza sanitaria, e di porlo al centro dell'offerta di servizi di tipo socio-sanitario e degli interventi di educazione sanitaria (22).

L'HL è un elemento critico in diversi ambiti: è un valore essenziale della vita per le persone, è un aspetto importante degli interventi di sanità pubblica, è una parte essenziale del capitale sociale, ed è un argomento rilevante in ambito socio-economico (23).

Le competenze e le abilità proprie dell'HL

sono ciò che le persone utilizzano per realizzare il loro potenziale in situazioni in cui è necessario confrontarsi con temi connessi alla salute (24). La tabella 1 mostra come le competenze e abilità di HL debbano essere pensate in modo diverso a seconda che ci si riferisca al cittadino (che deve accedere al sistema dei servizi) o al professionista sanitario (che dovrebbe facilitare l'accesso ai servizi da parte del cittadino).

L'HL non riguarda solo le capacità e i comportamenti dei singoli individui (persone, pazienti o professionisti), ma anche le moda-

Tabella 1. Competenze e skills di HL (adattata da "Learn about Health Literacy (23)

Abilità di HL per il cittadino	Abilità di HL per il professionista sanitario
Trovare informazioni e servizi.	Aiutare le persone a trovare informazioni e servizi.
Comunicare le proprie esigenze e preferenze, e rispondere alle informazioni e ai servizi ottenuti.	Comunicare informazioni inerenti la salute e l'assistenza sanitaria.
Analizzare ed elaborare il significato e l'utilità delle informazioni e dei servizi.	Analizzare ed elaborare ciò che le persone chiedono in modo esplicito o implicito.
Comprendere le scelte, le conseguenze e il contesto delle informazioni e dei servizi.	Capire come fornire informazioni e servizi utili.
Decidere quali informazioni e servizi corrispondono alle loro esigenze e preferenze in modo da poter effettuare una scelta consapevole ed agire in modo conseguente.	Decidere quali informazioni e quali servizi siano più funzionali nelle diverse situazioni e per diversi tipi di persone, in modo da promuovere scelte consapevoli e di conseguenza determinate azioni e specifici interventi.

lità operative delle organizzazioni che si occupano della salute di una determinata comunità o popolazione (25,26). Per eliminare le barriere che limitano l'applicazione dell'HL all'interno di un'organizzazione sanitaria, questa deve sviluppare degli attributi caratteristici. L'Institute of Medicine ha sviluppato un decalogo di requisiti che un'organizzazione deve possedere per essere definita Health Literate Healthcare Organization (25):

1. ha una leadership che rende l'HL parte

integrante della mission, della struttura, e delle attività dell'organizzazione;

2. integra l'HL in diverse aree di attività come la pianificazione, le misure di valutazione, la sicurezza del paziente, e il miglioramento della qualità;
3. prepara lo staff in relazione all'apprendimento e all'applicazione delle risorse dell'HL, e monitora i progressi;
4. include la comunità/popolazione servita nelle fasi di progettazione, di realizzazione e di valutazione delle informa-

- zioni sulla salute e dei servizi assistenziali offerti;
5. soddisfa le esigenze della comunità/popolazione servita, con una serie di competenze di HL;
 6. utilizza strategie di HL nelle comunicazioni interpersonali e conferma l'avvenuto processo di comprensione ad ogni punto di contatto;
 7. fornisce un facile accesso alle informazioni sulla salute e ai servizi assistenziali, offrendo un adeguato supporto;
 8. progetta e distribuisce contenuti informativi tramite stampa, audiovisivi e social media, che siano facili da capire, da utilizzare e da applicare;
 9. facilita e orienta verso l'utilizzo dell'HL in situazioni ad alto rischio, come i trasferimenti dei pazienti tra diverse strutture operative, la dimissione del paziente al domicilio e le comunicazioni sulla prescrizione e somministrazione di farmaci;
 10. comunica chiaramente ciò che l'offerta sanitaria pubblica è in grado di offrire gratuitamente e ciò che gli individui dovranno pagare per usufruire di determinati servizi.

Alti o bassi livelli di HL possono avere impatti differenti sulla salute dell'individuo, sulla gestione delle patologie cronico-degenerative e sull'efficienza del sistema sanitario (27–37). Dal punto di vista dei costi, è stato stimato che i costi di un basso livello di HL possono rappresentare il 3-5% dei costi totali dell'assistenza sanitaria a livello di un sistema sanitario (32).

Gli sforzi per sviluppare le competenze di HL possono aumentare il grado di informazione e di diffusione delle conoscenze, migliorare la comunicazione tra le persone all'interno e all'esterno dell'organizzazione, fa-

vorire il coinvolgimento delle singole persone nella gestione della propria salute e l'empowerment della comunità/popolazione servita (38).

L'HL si deve intendere quindi come una componente trasversale ed essenziale delle azioni di committenza mirate a migliorare gli esiti per i pazienti e per le persone appartenenti alla popolazione/comunità servita da una determinata organizzazione sanitaria.

Il raggiungimento di un significativo miglioramento del livello di salute della comunità/popolazione servita ha come premessa la capacità di un'organizzazione sanitaria di costruire una partnership di fiducia con la comunità, e di collaborare con i membri della comunità adottando strategie che facilitino l'assunzione da parte della singola persona di un ruolo attivo nella gestione della propria salute (38).

La responsabilità di riconoscere e di affrontare il problema rappresentato da un livello limitato di HL riguarda tutte le professioni sanitarie. Rendere le informazioni sulla salute comprensibili e accessibili a tutti i pazienti comporta un approccio sistematico, in grado di orientare la cultura e l'approccio dei singoli professionisti e delle organizzazioni (ospedali, cliniche, organizzazioni nazionali, organizzazioni sanitarie territoriali, centri universitari di formazione professionale, programmi di educazione continua in medicina).

Il medico di medicina generale, lo staff infermieristico e il personale di supporto sono spesso i primi soggetti a poter identificare il livello di HL dei pazienti e per questo è importante garantire a questi professionisti un'adeguata formazione e strumenti utili per aiutare i pazienti ad orientarsi all'interno del sistema sanitario.

La creazione di partnership tra professionisti, organizzazione sanitaria e comunità può

facilitare la comprensione ed il soddisfacimento delle esigenze e dei bisogni di salute della popolazione. Questa aiuta inoltre a focalizzare l'attenzione sull'importanza del miglioramento del livello di HL all'interno delle comunità e delle organizzazioni sanitarie (22,24,39).

La committenza nei sistemi sanitari in Europa

I sistemi sanitari europei si sono storicamente differenziati sulla base delle strategie di finanziamento in tre modelli principali: Beveridge, Bismarck e Semashko.

Il modello Beveridge, istituito nel secondo dopoguerra, si basa su un principio di copertura assistenziale universalistica sostenuta dal gettito fiscale; il modello Bismarck al contrario è di tipo mutualistico, essendo fondato sulla stipulazione di forme di assicurazione sociale.

Il modello Semashko, che nella sua espressione autentica caratterizzava i Paesi del blocco sovietico ed era contraddistinto da una forte centralizzazione statale, è stato sottoposto a rilevanti riforme nei vari Paesi che lo avevano adottato ed ora non è più riscontrabile nella sua forma originale.

Riguardo ai modelli Beveridge e Bismarck, il periodo tra gli anni '90 e 2000 ha visto un processo di riforma che ha portato ad incorporare reciprocamente elementi caratteristici dell'altro modello e rendendo di fatto ibridi i sistemi sanitari. Questo fenomeno rispecchia le difficoltà comuni che i modelli tradizionali hanno nel garantire equità e accessibilità dei servizi, in un contesto segnato più o meno ubiquitariamente da carenza di risorse utilizzate per rispondere ai sempre più complessi bisogni di salute della popolazione. La Comunità Europea permette ai singoli Stati di gestire l'evoluzione dei propri siste-

mi sanitari autonomamente. Tuttavia, tenendo conto anche della necessità di costruire importanti politiche come i programmi di cooperazione transnazionali e le politiche in tema di sanità transfrontaliera (40), essa sta progressivamente entrando anche negli aspetti qualitativi dei sistemi nazionali. Un esempio di questa tendenza è la definizione di orizzonti comuni per quanto riguarda i valori di riferimento dei sistemi sanitari (universalità, accesso a cure di buona qualità, equità e solidarietà) con i relativi principi operativi (23), un intento sottolineato anche dalla loro inclusione nei programmi di sviluppo economico (a titolo di esempio si veda l'agenda di Europa 2020) (41,42).

Tenere conto di queste differenze tra i vari sistemi e modelli è importante al fine di descrivere come viene gestito il processo di committenza a livello nazionale, ma è necessario ricordare come la committenza, in quanto processo mirato ad una risposta ai bisogni di salute della popolazione, sia trasversale e indipendente dai meccanismi amministrativi di finanziamento. Ai professionisti pertanto è richiesto lo sforzo di adattare i principi che regolano la committenza alle regole della contrattualistica vigenti nel proprio Paese.

Nonostante le considerevoli differenze nelle modalità di finanziamento, alcuni elementi comuni, come la mancanza di competizione tra fornitori di servizi, la sporadicità con cui si ricorre ad una valutazione dei bisogni di salute prima di effettuare un processo di acquisto di servizi (più spesso guidato dall'opinione pubblica), e la scarsa flessibilità dei rapporti contrattuali coi fornitori, suggeriscono come processi di acquisizione strategica dei servizi siano stati adottati solamente in modo limitato e non abbiano avuto per questo un impatto rilevante sui sistemi sanitari in Europa (43).

Dal punto di vista organizzativo la maggior parte degli Stati dell'Unione Europea ha adottato una struttura decentrata nella gestione dei sistemi sanitari con diverse responsabilità trasferite alle Regioni. La tabella 2 riassume i risultati di una recente analisi condotta a livello europeo che evidenzia come vi sia una sostanziale eterogeneità nel decentramento delle funzioni dei sistemi sanitari (44). La possibilità di delegare funzioni chiave a

organizzazioni territoriali più piccole determina forti differenze a livello internazionale su come i distretti (o i loro equivalenti esteri) possono esercitare l'attività di committenza. Soprattutto, è stato suggerito che una data dimensione per le organizzazioni di committenza non si addice a tutti i livelli di prestazione sanitaria: la gestione di alcune funzioni chiave non può essere delegata su una scala troppo piccola, inoltre il trasferi-

Tabella 2. Funzioni decentrate nei sistemi sanitari dell'Unione Europea (adattata da "La gestione dei sistemi sanitari negli stati membri dell'UE - Il ruolo degli enti locali e regionali")

Funzioni decentrate	Stati che condividono la stessa modalità
Legislative, programmazione, esecutive, finanziarie	Austria; Italia; Spagna
Programmazione, esecutive, finanziarie	Belgio; Danimarca; Estonia; Finlandia; Francia; Germania; Lituania; Paesi Bassi; Polonia; Repubblica Ceca; Svezia
Esecutive e finanziarie	Bulgaria; Romania; Slovacchia; Ungheria
Programmazione e finanziarie	Slovenia
Esecutive	Grecia; Lussemburgo; Lettonia; Portogallo
Programmazione	Regno Unito
Nessuna	Cipro; Malta; Repubblica d'Irlanda.

mento di compiti a livelli di gestione subordinati deve tenere spesso conto sia della realtà socio-culturale che di quella geografica (4). In campo internazionale tra i maggiori produttori di studi sulla committenza c'è l'Inghilterra, dove la recente riforma del NHS (2012) ha portato a sostanziali cambiamenti nell'organizzazione strutturale del sistema. In particolare appare di un certo interesse l'esperimento di assegnare l'esercizio della committenza alle associazioni di general practitioner (l'equivalente dei nostri medici

di medicina generale): i Clinical Commissioning Groups (CCG).

La promozione dei general practitioner ad un ruolo più attivo di programmazione e decision-making è stata motivata dalla posizione privilegiata dei professionisti delle cure primarie, tra cui anche gli infermieri di comunità, nel saper cogliere i bisogni di salute della popolazione (45).

Questo cambiamento ha portato un notevole stress nel sistema, alimentato anche dagli stessi medici che hanno sollevato il problema dei

carichi di lavoro eccessivi e preoccupazioni riguardo alla qualità del servizio erogato (46). A distanza di un anno dall'avvio dei CCG, la percentuale di general practitioner che si dichiara molto coinvolta nell'attività di committenza è rimasta bassa (12%), pur crescendo la fiducia di poter incidere sui processi decisionali rispetto al precedente modello (47). Da questi dati si possono cogliere alcune difficoltà iniziali nel coinvolgere i professionisti negli incarichi di committenza, poiché richiedono non indifferenti capacità strategiche e di leadership (48).

La complessa riforma del NHS inglese rappresenta per i sistemi sanitari europei un banco di prova importante, sia perché va a incidere profondamente su una dei più affermati sistemi di salute pubblica, sia per la forte partecipazione delle cure primarie nel processo di committenza.

Conclusioni

L'attuale fase storica richiede ai sistemi sanitari nuove strategie per riorganizzarsi che abbiano come principio base il massimizzare il valore per il paziente, ovvero il raggiungimento del miglior risultato al minor costo possibile.

Lo scenario europeo mostra che, nonostante le particolarità di ogni nazione e le soluzioni differenti messe in atto, vi siano molti elementi critici comuni nei processi di committenza in Europa (43).

In Italia l'ultima rilevazione AGENAS sullo stato attuativo dei Distretti socio-sanitari effettuate nel 2010, pur nella accezione riduttiva di committenza intesa come "valutare quali servizi per quali bisogni", indica che questa si effettua in una minoranza dei casi: infatti, nel 61% dei casi il Distretto non

negozia le tipologie di prestazione con erogatori pubblici o privati (50). Questo dato, anche se parziale, è indicativo di come la committenza sia un processo ancora poco largamente utilizzato e possa e debba essere sviluppato per arrivare ad una risposta più appropriata a quelli che sono i reali bisogni di salute della popolazione.

Attualmente i Paesi membri si trovano in fasi diverse di un percorso che impone un ripensamento significativo dei ruoli degli enti locali in relazione alle strutture di governo centrale.

In questo scenario gli strumenti di educazione sanitaria, insieme alla creazione di partnership tra professionisti, organizzazioni sanitarie e comunità per un miglioramento del livello di HL all'interno delle comunità e delle organizzazioni sanitarie, si identificano come strumenti indispensabili per poter esercitare una funzione di committenza che riesca a rispondere in modo proattivo ai reali bisogni di salute della popolazione, e non si limiti ad una risposta reattiva ai problemi contingenti.

Il sistema delle cure primarie e le organizzazioni sanitarie con ruolo di committenza hanno un ruolo cruciale nel definire strategie che tengano conto di queste indicazioni promuovendo lo sviluppo di modelli di cura sostenibili caratterizzati da:

1. un'analisi comprensiva dei reali bisogni di salute della popolazione;
2. un sistema ben definito per l'acquisizione dei servizi;
3. un monitoraggio strutturato e una valutazione dei risultati orientati al un miglioramento continuo della qualità.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

BIBLIOGRAFIA

1. Comunicazione n.215 della Commissione relativa a sistemi sanitari efficienti, accessibili e resilienti. Bruxelles; 2014.
2. Commissione Europea. Le Politiche dell'Unione Europea - Migliorare la salute di tutti i cittadini dell'UE. Bruxelles; 2013.
3. Woodin J. Healthcare commissioning and contracting. In: Walshe K, Smith J, editors. Healthcare management. Maidenhead: Open University Press; 2006.
4. Smith J, Mays N, Dixon J, Goodwin N, Lewis R, McClelland S, et al. A review of the effectiveness of primary care-led commissioning and its place in the NHS. London: The Health Foundation; 2004.
5. Brighton S, Obe DC, Lovett M. The Essential Guide to GP Commissioning. Astrafali E, Cann L, Dod J, Howie K, Johnson BO, Kitt S, et al., editors. London: National Association of Primary Care; 2010.
6. Royal College of General Practitioners. Effective healthcare commissioning: guidance for GPs [Internet]. [cited 2014 Sep 17]. Available from: <http://www.rcgp.org.uk/policy/centre-for-commissioning.aspx>
7. Cavanagh S, Chadwick K. Health Needs Assessment: A Practical Guide. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005.
8. Bradshaw J. The contextualisation and measurement of need: a social policy perspective. In: Popay J, Williams J, editors. Researching the People's Health. London: Routledge; 1994.
9. Brusaferro S, Barbone F, Valent F. L'analisi dei bisogni sanitari della popolazione. Rapporto prevenzione 2010. Bologna: Società editrice Il Mulino; 2010. p. 291-314.
10. VanLare J, Conway P. Value-Based Purchasing - National Programs to Move from Volume to Value. N Engl J Med. 2012; Jul 26;367(4):289-92.
11. Fineberg H. A successful and sustainable health system-how to get there from here. N Engl J Med. 2012;11:1020-7.
12. WHO. The Tallin Charter: health system for health and wealth. Tallin, Estonia: WHO regional office for Europe; 2008.
13. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010; Dec 23;363(26):2477-81.
14. Age.Na.S. Progetto MATRICE - Patologie croniche e complesse [Internet]. [cited 2014 Sep 12]. Available from: <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/assistenza-primaria-e-fragilita/patologie-croniche-e-complesse-progetto-matrice>
15. Mete R. Le indagini dell'AGENAS sullo stato di attuazione dei distretti in Italia. I Quad di Monit. 2011;27(8):178-84.
16. Kickbush I, Maag D. Health Literacy. International Encyclopedia of Public Health. First Edit. San Diego: Academic Press; 2008. p. 204-11.
17. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Aff (Millwood). 2013; Feb;32(2):223-31.
18. WHO. Health literacy and health behaviour [Internet]. World Health Organization; 2009 [cited 2014 Sep 12]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
19. Somers SA, Mahadevan R. Health Literacy Implications of the Affordable Care Act. Institute of Medicine. Center for Health Care Strategies, Inc.; 2010.
20. WHO Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe City, Japan; 2004.
21. Medolo MA, Seppilli A. Educazione Sanitaria. Roma: Editore IPS; 1981.
22. The Standing Committee of European Doctors, European Patients Forum, Maastricht University, MSD. Making health literacy a priority in EU policy. Brussels; 2013.
23. Consiglio dell'Unione europea. Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione Europea. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea. Brussels; 2006.
24. Learn About Health Literacy | Health Literacy | CDC [Internet]. [cited 2014 Sep 12]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/Learn/>
25. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Schyve P, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. 2012.
26. Willis CD, Saul JE, Bitz J, Pompu K, Best A, Jackson B. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist

- review. *Public Health* 2014; Jun 6;128(6):515-24.
27. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Pictor M, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane database Syst Rev*. 2014; Jan, 4:CD007768.
 28. Williams M V, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998; Jan 26;158(2):166-72.
 29. Zhang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2014; Jun 48(6):741-51.
 30. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al. Update on Health Literacy and Diabetes. *Diabetes Educ*. 2014; Jun 19.
 31. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2013; Mar 28(3):444-52.
 32. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* 2009; Jan 54(5):313-24.
 33. Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patients understand Manual for clinicians. Second ed. American Medical Association Foundation and American Medical Association.; 2007.
 34. Helen W. Wu, Nishimi RY, Page-Lopez CM, Kizer KW. Improving Patient Safety Through Informed Consent for Patients with Limited Health Literacy. Washington, DC; 2005.
 35. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy A Prescription to End Confusion. Washington, DC: Institute of Medicine. National Academies Press; 2004.
 36. Bopp M, Minder CE. Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort. *Int J Epidemiol*. 2003; Jun 32(3):346-54.
 37. Gazmararian JA, Baker DW, Williams M V, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*. 1999; Feb 10;281(6):545-51.
 38. Parnell TA, McCulloch EC, Mieres JH, Edwards F. Health Literacy as an Essential Component to Achieving Excellent Patient Outcomes. Washington, DC; 2014.
 39. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Health Literacy [Internet]. committee opinion. 2014 [cited 2014 Sep 12]. Available from: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Health-Literacy>
 40. European Parliament and Council of the European Union. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March on the application of patients' rights in cross-border. *Official Journal of the European Union*; 2011.
 41. European Commission. Proposal for a Regulation of the European Parliament and the Council establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020. Brussels; 2011.
 42. European Commission. Investing in Health - Commission Staff Working Document Social Investment Package. Brussels; 2013.
 43. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance. *European Observatory on Health,:::.. McGraw-Hill International*; 2005.
 44. Progress Consulting S.r.l., Living Prospects Ltd. La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE Il ruolo degli enti locali e regionali. 2012.
 45. Leach K, Shepherd AB. The role of nurses in commissioning services within primary care. *Br J Community Nurs*. 2013; Apr 18(4):187-92.
 46. Buckman L. Reforms in the English National Health Service: the role of the general practitioner. *Lancet Oncol*. 2013; Sep 14(10):923-5.
 47. Wise J. Clinical commissioning groups are better than primary care trusts, say GPs. *BMJ*. 2014 Jan 31;348(mar31_4):g2491.
 48. Shapiro J. English clinical commissioning groups: how to ensure their first birthday isn't their last. *BMJ*. 2014 Jan 2;348(apr02_3):g2306.
 49. Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Healthcare. *Harvard Business review*. *Harvard Business Review*; 2013;
 50. AGENAS. La rete dei distretti sanitari in Italia. Rome; 2011.