



LIBRO BIANCO

**La Sanità italiana dopo l'emergenza Coronavirus
La proposta dell'Associazione Scientifica Sanità Digitale ASSD**

**“La sanità che vorremmo dopo l'emergenza del Coronavirus. Con
la pandemia come realtà da cui ripartire per la costruzione di un
nuovo e aggiornato sistema socio-sanitario”**

A cura di Gregorio Cosentino, Presidente ASSD

I trend di spesa sanitaria pubblica e privata

L’analisi dei trend di spesa assume significato quando si metta in relazione alla analisi delle politiche sanitarie poste in atto: in questo contesto, infatti, diviene foriera di indicazioni tanto sull’importanza che la Sanità assume nelle agende politiche dei vari Paesi, quanto sull’efficienza nell’utilizzo delle risorse.

La complessità della materia, e anche la mancanza di un riferimento teorico che definisca livelli ottimali di spesa sanitaria, suggeriscono di adottare un metodo sostanzialmente comparativo, confrontando gli andamenti di spesa registrati nei diversi Paesi Europei.

Adottando questo approccio, in estrema sintesi (si rimanda al 15° Rapporto Sanità, a cura di C.R.E.A. Sanità, per approfondimenti), possiamo notare come:

- la spesa sanitaria pro-capite in Italia sia cresciuta tra il 2000 e il 2018 ad un tasso medio annuo del 2,5%, contro un tasso EU-Ante 1995⁶ del 3,5%; quella pubblica ad un tasso medio annuo del 2,6%, contro un tasso EU-Ante 1995 del 3,8%
- confrontando tali tassi di crescita con quelli del PIL, si possa apprezzare come il gap risulti simile, a dimostrazione che la variabile indipendente rimane la crescita economica generale
- dagli andamenti descritti, esiti un rapido allargamento della forbice della spesa pubblica pro-capite nazionale (valori nominali) rispetto

⁶ Usiamo convenzionalmente come confronto il valore medio di spesa dei Paesi facenti parte dell’UE prima del trattato di Corfù, in quanto aventi un livello di sviluppo economico più direttamente confrontabile con quello italiano.

ai Paesi EU-Ante 1995, che ha raggiunto il 37,1% nel 2018

- in parallelo, si sia ridotta la forbice della spesa privata italiana, che nel 2008 era inferiore del 20% circa a quella media dei Paesi EU-Ante 1995 ed ora è ormai all'11,4%; in termini di Parità di Potere di Acquisto, la spesa privata italiana ha praticamente raggiunto quella degli altri Paesi EU-Ante 1995, dato che non stupirebbe (a parità di *capability to pay* è ragionevole pensare in astratto a pari livelli di consumo), se non fosse che il SSN sulla carta dovrebbe essere Universalistico, Globale e tendenzialmente offrire servizi gratuiti (o con limitata compartecipazione).
- dalla composizione degli “opposti” andamenti della spesa pubblica e privata, nel 2018 risulti un differenziale di spesa sanitaria totale fra Italia e Paesi EU-Ante 1995 del -32,0%, a fronte di uno pari al +157,5% con i Paesi EU-Post 1995⁷.

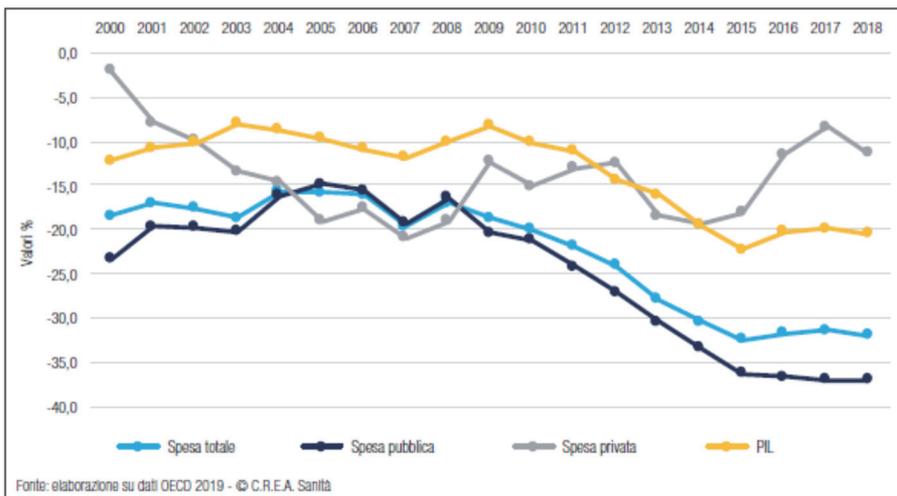


Figura 1. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite. Gap Italia vs EU-Ante 1995.

⁷ Essenzialmente i Paesi dell’Est europeo.

Ovviamente, l'andamento della spesa è strettamente correlato a quello del finanziamento pubblico del SSN.

Su questo versante osserviamo che:

- dopo il 2010 la quota di finanziamento pubblico della Sanità in Italia ha iniziato a calare, distaccandosi progressivamente dalla media registrata nei Paesi EU-Ante 1995; nel 2018, la quota di finanziamento italiana è di 6,0 punti percentuali inferiore, tanto da essere ormai allineata (+0,1 punti percentuali) a quella dei Paesi EU-Post 1995.

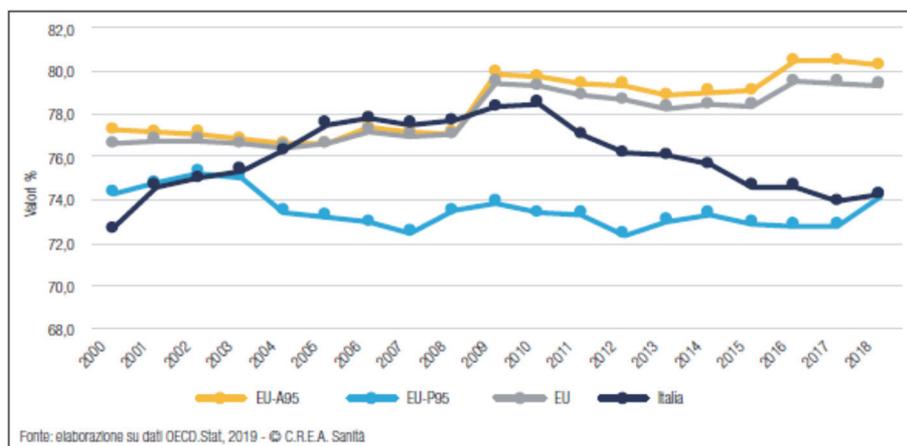


Figura 2. Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente

A scanso di equivoci nell'interpretazione dei dati, e rimandando sempre ai Rapporti annuali di C.R.E.A. Sanità per i dovuti approfondimenti, va aggiunto che il finanziamento pubblico in termini nominali è costantemente cresciuto negli anni, ma anche che in termini reali è diminuito (-2,7% rispetto al 2010).

Questa “decrescita” in termini reali potrebbe, prima facie, essere addebitata come la prova evidente di un disinvestimento pubblico nella

Sanità: a ben vedere, essendosi parallelamente registrata una riduzione degli “sprechi” molto significativa, è di fatto impossibile determinare quale sia il “saldo” sui servizi: ovvero se ci sia stato un aumento o una diminuzione della loro quantità e qualità.

Analogamente, anche se l’incidenza della Sanità sul PIL è diminuita, questo non implica automaticamente un “taglio relativo” dei servizi, trattandosi di un dato in larga misura determinato dalla stagnazione del denominatore (il PIL).

In definitiva, la dimostrazione dei cosiddetti “tagli” alla Sanità va sostanzialmente legata al confronto con gli altri Paesi (a livelli di sviluppo economico comparabile) che, come detto, ci restituisce come risultato una minore crescita e un minor livello della spesa sanitaria italiana, con un continuo allargamento della forbice.

L’interpretazione delle politiche sottostanti questo andamento, appare “immediata”:

- il problema del Paese è la “non crescita”, che negli ultimi 25 anni ha allontanato i livelli di reddito italiano da quelli medi dei Paesi dell’area EU
- le politiche nazionali hanno privilegiato l’obiettivo del risanamento della finanza pubblica (reso, ceteris paribus, ovviamente molto più difficile dalla stagnazione economica) e, a seguire, quello della crescita
- sul primo punto è chiaro che la Sanità è terreno essenziale di intervento, essendo la prima voce di spesa pubblica dopo le Pensioni e, al contrario di queste, eleggibile a interventi capaci di dare “risposte” nel breve periodo
- non a caso, sebbene a livello complessivo il debito italiano non sia affatto diminuito, le politiche messe in atto nel comparto sanitario sono risultate “vincenti”, come dimostrato

dall'ormai sostanzialmente raggiunto pareggio di bilancio (sebbene con qualche avvisaglia di nuove tensioni, specialmente, nelle Regioni del Nord), che molto ha contribuito a contenere il debito complessivo

- sul secondo appare evidente che la scelta sia stata “meno Welfare e più risorse per stimolare la crescita economica”: una strategia che ci accomuna ai Paesi dell'Est EU
- purtroppo, però, la riduzione del Welfare non sembra sia stata compensata da una significativa crescita, tornando così al punto di partenza di questa disamina, che è poi il problema della “non crescita”
- infine, va notato che se la propensione alla spesa sanitaria da parte del settore pubblico è stata in qualche modo “asfittica”, anche la “compensazione” privata non è stata pari alle attese: quest'ultima, pur essendo aumentata negli ultimi anni, e d'altra parte la teoria postula una complementarità fra spesa pubblica e privata, evidenzia comunque una propensione privata a spendere per la Sanità che, pur, “alta” se consideriamo la natura universalistica del SSN italiano, è “bassa” se la confrontiamo con altri Paesi, quali la Spagna, che hanno un livello di reddito medio inferiore; in altri termini, non sembra che i cittadini italiani “cerchino” livelli maggiori di servizi sanitari o, quanto meno, che li cerchino solo se questo non implica un costo maggiore e quindi la rinuncia ad altri consumi.

Prima di proseguire nella disamina, appare utile contestualizzare gli andamenti descritti alla luce degli ultimi avvenimenti, in particolare l'emergenza COVID-19, che hanno comportato un finanziamento aggiuntivo per la Sanità, la cui dimensione (sebbene ancora in attesa

delle decisioni sui fondi europei) appare certamente ingente.

Prima dell'emergenza, il C.R.E.A. Sanità aveva stimato che il finanziamento aggiuntivo di € 2 mld. previsto per il 2020, pari ad un + 1,7% nell'anno, pur rappresentando un significativo miglioramento rispetto all'1,0% medio annuo registratosi dal 2000 in poi, non sarebbe stato sufficiente a ridurre il gap fra le risorse per la Sanità italiana e quelle allocate sul settore negli altri Paesi europei.

Assumendo che i Paesi dell'UE proseguano il trend di crescita registrato negli ultimi 5 anni, sia per la spesa pubblica che per quella privata, e che l'Italia mantenga una condizione di equilibrio finanziario, nonché che la spesa privata cresca seguendo il trend degli ultimi 5 anni, era atteso che:

- il gap di spesa totale Italia vs Paesi EU-Ante 1995 sarebbe cresciuto ancora, arrivando a -32,4%, di cui -0,4 punti percentuali riferiti alla variazione 2019/2018
- il gap di spesa pubblica vs EU-Ante 1995 sarebbe anch'esso cresciuto (-37,9%, con -0,8 punti percentuali nel 2019/2018)
- il gap di spesa privata vs EU-Ante 1995 si sarebbe ridotto ancora portandosi al -9,9%, con una riduzione di 1,5 punti percentuali riferibile al 2019/2018.

In definitiva, con i tassi di crescita del Paese degli ultimi anni, e quindi anche con il perdurare di un debito pubblico esageratamente elevato, l'attesa era quella di un rifinanziamento della Sanità insufficiente, rispetto agli "standard" EU.

Di fatto, il finanziamento aggiuntivo per il 2020 sarà, al netto degli eventuali fondi EU, di circa 4 volte, in qualche modo "ribaltando" il problema: il sistema ha certamente sostenuto costi aggiuntivi per far

fronte al COVID-19, ma ha anche di molto rallentato la propria attività, in parte compensando i maggiori oneri; ne segue che, in un solo anno, il SSN avrà circa le risorse aggiuntive ricevute nei 5 precedenti. L'arrivo, tutto insieme, di una "valanga" di risorse, rischia di creare le premesse per un successivo effetto boomerang; le principali ragioni di preoccupazione sono due: la prima è che non possiamo "rimuovere" che l'Italia post COVID-19 sarà gravata da un debito stratosferico; la seconda è che, purtroppo, questo è il Paese dei "tagli di nastro", seguiti però da una grave carenza di manutenzione.

Sul primo punto, osserviamo come le risorse aggiuntive che arriveranno sono pur sempre finanziate in deficit; inoltre, al di là della fredda distinzione contabile fra spesa corrente e in conto capitale, che vincola la destinazione (di gran parte) delle risorse che arriveranno, il fatto evidente è che il sistema rimarrà sostenibile solo se la spesa avrà la natura di un "investimento", capace di dare un "rendimento" in termini di capacità prospettica di erogare più servizi con minori oneri. In altri termini, se il sistema si sarà messo in grado di restituire il debito senza intaccare i servizi.

Purtroppo, l'esperienza degli ultimi anni ci restituisce, invece, un Paese dove larga (troppa) parte degli investimenti non ha dato ritorni, di fatto esitando in sprechi di risorse pubbliche.

Il secondo punto discende dal primo: fare investimenti in strutture non manutenibili è una finta soluzione al problema. I "tagli di nastro", senza adeguata gestione del mantenimento della capacità produttiva, finiscono, infatti, per essere controproducenti.

Il rischio è quello di ripetere un evidente errore del passato, ovvero quello di tentare di rendere più efficiente il sistema riducendo i costi dei servizi erogati, piuttosto che aumentandone la produttività.

Al di là del "facile" slogan per cui la Sanità è un "investimento e non

un costo”, fatti strutturali, come quelli relativi ai trend di spesa/finanziamento in corso, che non sono sostenibili all’infinito, e fatti congiunturali, quali quelli appena richiamati, ci sembra che debbano far riflettere sulla non più procrastinabile esigenza di sviluppare un dibattito sulla produttività degli investimenti in Sanità. In altri termini, la Sanità necessita di risorse aggiuntive, ma esse possono/devono derivare, essenzialmente, dalla capacità del settore di generare un ritorno tanto sociale, quanto economico. Sul primo punto osserviamo che la questione da un punto di vista empirico non è affatto scontata. Facendo ancora riferimento alle analisi del 15° Rapporto di C.R.E.A. Sanità, dal grafico seguente, e in particolare dalla lettura dei dati nel II e il III quadrante, si percepisce una netta relazione fra spesa ed esito. Osservando in particolare il II quadrante, si trova una ragionevole coerenza fra il diverso livello degli “esiti clinici”, approssimati con la aspettativa di vita, registrati nelle Regioni meridionali e centro-settentrionali, essendo evidentemente correlati ai diversi livelli di spesa.

Se ci concentriamo sul I quadrante (che raccoglie i Paesi con spesa e aspettativa di vita entrambe maggiori della media EU), osserviamo però un’apparente assenza di relazione fra spesa ed esito. Se, anzi, eliminassimo dal grafico i Paesi dell’Est europeo posizionati nel III quadrante, statisticamente troveremmo una sostanziale e generale assenza di relazione fra spesa e aspettativa di vita.

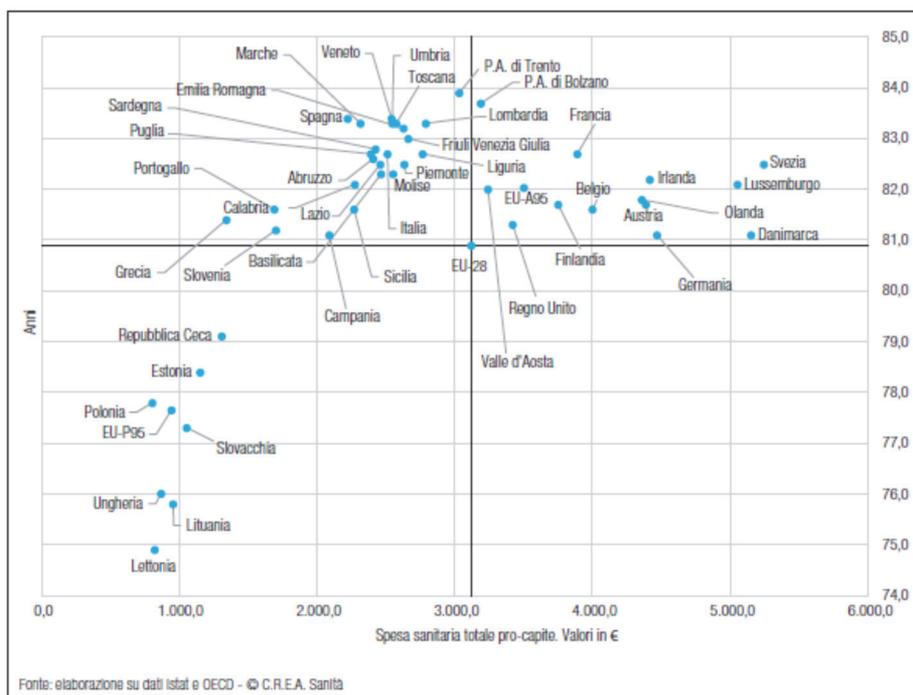


Figura 3. Relazione fra spesa sanitaria e aspettativa di vita alla nascita

L'evidenza empirica suggerisce che gli investimenti di risorse in Sanità sembrano avere una buona produttività marginale per livelli bassi di spesa iniziale; ma la produttività marginale sembra essere rapidamente decrescente, tanto che l'analisi, sebbene meramente qualitativa, dei dati disponibili, fa supporre che si annulli prima ancora della media di spesa EU attuale.

Per quanto "grezza", l'osservazione giustifica una certa storica "reticenza" politica a investire ulteriormente in Sanità. "Reticenza" che sembra confermata dai fatti recenti: l'emergenza COVID-19 ha infatti liberato risorse insperate, non appena è aumentata la "percezione" della loro (immediata!) produttività.

La soluzione a questa apparente contraddizione va forse cercata nella

dimensione qualitativa degli investimenti, che può essere estesa (senza pretesa di esaustività), a molte altre dimensioni, quali la customer satisfaction, le liste di attesa, le tutele per la non autosufficienza, etc.

Una semplice analisi del C.R.E.A. Sanità fornisce qualche maggiore lume in proposito.

Mettendo in relazione la spesa sanitaria pro-capite con il risultato finale (*total score*) dell'*Euro Health Consumer Index*, ovvero un indicatore che tenta di cogliere la qualità dei servizi resi ai cittadini, in vari ambiti (quali diritti e informazione del paziente, accessibilità - liste di attesa, esiti, prevenzione e farmaceutica), emerge una proporzionalità piuttosto netta fra investimento e qualità del servizio offerto.

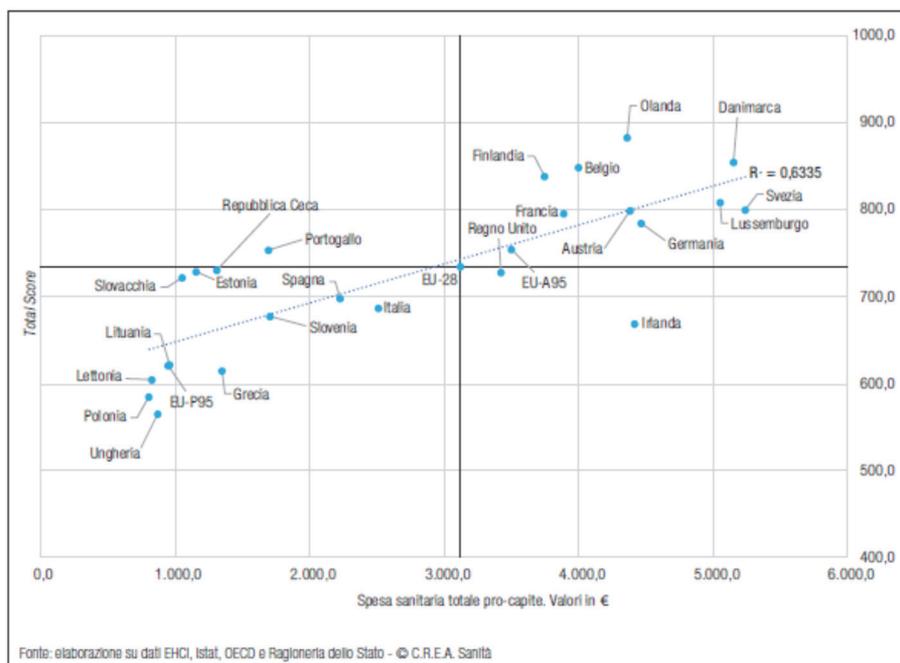


Figura 4. Relazione fra spesa sanitaria e EHCI total score 2018

Nella misura in cui la scarsa crescita, e la conseguente scarsità di risorse, generano un ambiente molto competitivo per l’allocazione delle risorse nelle varie aree di intervento pubblico, la capacità di rendere *accountable* il ritorno degli investimenti in Sanità si dimostra, a maggior ragione, cruciale.

In particolare, per gli investimenti in tecnologie ICT che, nella comunque non ampia letteratura a supporto, incidono molto più su customer satisfaction e produttività (attraverso l’innovazione organizzativa), che non su esiti primari di salute.

In altri termini, investire in Sanità è una scelta politica strategica per la sostenibilità stessa del sistema; la scelta degli ambiti (umani e tecnologici) da privilegiare deve essere legata al loro impatto sul miglioramento della qualità organizzativa dei servizi, quand’anche fosse marginale il contributo generato sugli indicatori di esito più di tipo clinico.

Anche l’emergenza COVID-19 ha confermato che non c’è apparente relazione fra esiti clinici e livelli di finanziamento, come reso evidente (forse con l’apparente anomalia della Germania) dai rapporti fra livelli di spesa e letalità: ciò non di meno, la performance di un sistema sanitario non si esaurisce negli esiti strettamente clinici.

La scommessa per il futuro del SSN rimane quindi quella di dimostrare il “valore”, anche qualitativo, degli investimenti in capitale umano e tecnologico intrapresi.

ALLEGATI

ASSD

Sanità Digitale: servizi e tecnologie Opuscolo divulgativo 1.0
Con il contributo di Alessia Cabrini, Comitato Infermieri Dirigenti Italia, Marisa De Rosa e Elisa Rossi, Antonio Di Lascio, Sergio Pillon, Lorenzo Sornaga

ASSD

Sanità Digitale: servizi e tecnologie Opuscolo divulgativo 2.0
Con il contributo di Sergio Pillon, Graziano Pernazza, Salvatore Fregola, Geosmartcampus, Anna Crescenzi e Roberto Virgili, Antonio Di Lascio e Alfredo Palmieri, Emilio Meneschincheri.

**La stampa di questo libro è stata possibile grazie all'autofinanziam-
mento di ASSD e al sostegno dei soci
AISIS, ANTEL, GEOSMARTCAMPUS.
Revisione del testo a cura di Giancarlo De Leo**

RINGRAZIAMENTI

Come per altri miei libri, la scrittura di questo libro è legata anche al contributo di tante amiche e amici “impegnati” sul campo e ai quali porgo ancora una volta i miei più sentiti ringraziamenti:

Alessandro Beux
Alessia Cabrini
Alfredo Palmieri
Anna Crescenzi
Antonio Bortone
Antonio Di Lascio
Barbara Porcelli
Battista Roberto Polillo
Davide Zennaro
Domenico Pisanelli
Erminia Mascitelli
Fabio Padiglione
Fabrizio Polverini
Federico Spandonaro
Fernando Capuano
Francesco Saverio Proia
Giancarlo De Leo
Giuliano Pozza
Graziano Pernazza
Guido Fabbri
Laila Perciballi
Lorenzo Leogrande
Lorenzo Sornaga
Marco Croce
Maria Vittoria Biondi
Marisa De Rosa

Massimo Casciello
Massimo Tosini
Mauro Grigioni
Michelangelo Bartolo
Michele Ieradi
Nicola Barbato
Nino Cartabellotta
Paolo Emilio Russo
Roberto Virgili
Salvatore Fregola
Sergio Pillon

INDICE

Premessa	7
Gregorio Cosentino	7
L'istante zero	7
Drammi su drammi.....	7
Tagli alla Sanità.....	12
Sanità digitale	14
Il rapporto Colao.....	32
La formazione.....	35
Inversione di rotta.....	41
Conclusione	49
1 - La testimonianza	51
Nicola Barbato.....	51
2 - Difficoltà a gestire l'emergenza. Quanto hanno pesato i continui tagli alla Sanità	61
Nino Cartabellotta	61
1. Servizio Sanitario Nazionale: dall'imponente definanziamento a un timido rilancio?.....	61
2. Il passato: 2010-2019.....	62
3. Il presente e il futuro prossimo	66
4. Conclusioni.....	71
Federico Spandonaro	72
I trend di spesa sanitaria pubblica e privata.....	72
3 - L'impatto della pandemia da Coronavirus sulla Sanità italiana	83
Alessandro Beux.....	83
Prima e dopo la pandemia da Coronavirus: cosa è cambiato per le professioni sanitarie?	83

Michelangelo Bartolo	95
La telemedicina come scienza solidale.....	95
Dalla cooperazione internazionale all'Italia	100
I servizi di telemedicina non si improvvisano	102
Limiti dei servizi di telemedicina	103
Alessia Cabrini	105
La pandemia di Coronavirus: suoi impatti e conseguenze nelle tecniche di analisi di laboratorio	105
Introduzione.....	105
La Diagnostica di Laboratorio	106
Esami di laboratorio Fase 1	108
Esami di laboratorio fase 2	109
Il consolidamento dei Laboratori clinici: il modello del Laboratorio in rete	111
Conclusioni.....	115
Bibliografia.....	116
Marco Croce	118
Privacy e cura: sinergia o conflitto?	118
Soggetti coinvolti.....	120
Trattamento dei dati.....	120
Il “Registro dei trattamenti” e la “Valutazione d’impatto”.....	122
Informativa sulla privacy.....	125
Marisa De Rosa	127
L’importanza dei dati ai tempi del Coronavirus	127
Premessa	127
L’importanza dei network di HPC-High Performance Computing	128
Scenari	129
I dati: il bene invisibile e il più prezioso nella lotta alla pandemia	131
La frammentazione dei dati	132
Le cartelle cliniche.....	132
Visione Nazionale dei Dati.....	134
Conclusioni.....	135
Alfredo Palmieri e Antonio di Lascio.....	137
Come la pandemia COVID-19 ha cambiato la Medicina Nucleare: l’ottimizzazione delle procedure diagnostiche nell’imaging multimodale	137
Bibliografia e documenti	142

Guido Fabbri e Michele Ieradi.....	146
Le soluzioni geospaziali a supporto degli studi epidemiologici, della gestione delle emergenze e per l’ottimizzazione delle strutture sanitarie	146
Premessa	146
Realizzazione di studi epidemiologici e analisi dei Big Data da dispositivi wearable	148
Razionalizzazione e ottimizzazione delle strutture sanitarie	150
Gestione delle operations e sicurezza delle infrastrutture ospedaliere ..	150
Soluzione per la gestione da remoto dei pazienti	152
Gestione delle emergenze.....	153
 Fabio Padiglione.....	 156
Gestione sanitaria dei pazienti in sorveglianza attiva e isolamento fiduciario, fondamentale durante l’epidemia da Coronavirus	156
Quarantena: cosa devono fare gli operatori sanitari	156
Sorveglianza attiva durante l’isolamento	157
Quarantena.....	158
Contumacia.....	158
Isolamento	158
Assistenza sanitaria di casi di COVID-19 sul territorio	159
Esempio di uno schema funzionale adottato da varie ASL e Cooperative di MMG.....	166
 Domenico Pisanelli.....	 170
Combattere la disinformazione ai tempi del Coronavirus: esiste un vaccino contro le fake news?.....	170
 Anna Crescenzi, Roberto Virgili	 180
Emergenze in Anatomia Patologica prima e dopo l’emergenza sanitaria SARS-CoV-2 (COVID-19).	180
La Medicina dei Servizi e l’Anatomia Patologica prima dell’emergenza sanitaria COVID-19.....	180
Quali sono gli aspetti critici nei Servizi di Anatomia Patologica	181
Quali fattori hanno mostrato la maggiore criticità durante la pandemia SARS-CoV-2	185
Dopo l’emergenza SARS-CoV-2 come ripensare e riprogettare l’organizzazione ed il flusso di lavoro della Anatomia Patologica.	186
Riferimenti bibliografici.....	189
 Davide Zennaro	 191
Radiologia Domiciliare alla luce dell’emergenza COVID-19.....	191

4 - Il ruolo del digitale in sanità.....	199
Salvatore Fregola.....	199
Intelligenza Artificiale e Sanità	199
Introduzione.....	199
L'Intelligenza Artificiale in sanità.....	200
IA: uno strumento per rilevare, diagnosticare e prevenire.....	202
Conclusioni.....	208
Graziano Pernazza	209
La chirurgia robotica in un contesto più ampio di utilizzo della tecnologia in chirurgia.....	209
Storia.....	210
Razionale della tecnologia robotica in chirurgia generale.....	212
Il futuro	216
Lorenzo Sornaga.....	218
Cura del paziente e interazione con i social.....	218
 5 - Proposte per la Sanità italiana dopo la pandemia da Coronavirus ...	227
Maria Vittoria Biondi	227
Psicologia e tecnologia digitale ...un ponte per andare oltre i confini..	227
Bibliografia.....	237
Antonio Bortone	239
Sempre più sinergia e collaborazione tra le professioni sanitarie: sviluppo, efficienza e miglioramento continuo, efficacia	239
Link.....	245
Fernando Capuano.....	247
Sviluppo della diagnostica di laboratorio: uno sguardo al futuro.....	247
Link di approfondimento	253
Massimo Casciello.....	254
La Sanità che vorrei dopo il Coronavirus: Il Paziente al centro del sistema	254
Mauro Grigioni	260
L'impatto delle tecnologie nella tutela di pazienti e operatori sanitari, con una profonda modifica dello scenario di cura e del prendersi cura	260

Lorenzo Leogrande.....	269
L'ingegneria clinica per una Sanità di valore.....	269
Premessa.....	269
Per un nuovo governo della sanità.....	270
Ripensamento degli ospedali.....	271
Per un'autentica visione dell'innovazione in sanità.....	272
Rilanciare l'industria di settore.....	273
Il ruolo dell'ingegnere clinico.....	275
Maria Erminia Macera Mascitelli.....	277
Il valore della formazione..... la formazione è un valore.....	277
Un po' di storia.....	277
Il valore della formazione.....	280
La commissione nazionale formazione continua e il sistema ecm.....	284
Formazione digitale.....	285
Conclusioni la formazione è un valore.....	286
Bibliografia.....	288
Laila Perciballi.....	291
Il codice etico in Sanità dopo il tempo del lockdown “Let Our VALUES Be Known”.....	291
Il Laboratorio permanente delle 19 Professioni sanitarie.....	291
L'arrivo della pandemia.....	292
Le parole chiave del Codice Etico.....	294
Conclusioni.....	298
Sergio Pillon.....	300
Le linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina: una revisione ragionata.....	300
Introduzione.....	300
La storia.....	301
Obiettivi.....	302
Cosa vuol dire Telemedicina.....	302
Cosa si deve fare per essere autorizzati a fare la Telemedicina in Italia?.....	303
Remunerazione dei servizi di Telemedicina.....	305
Evoluzione normativa.....	307
Conclusioni.....	309

Sergio Pillon	310
L'approccio sistemico alla salute, attraverso la salute e le cure digitali. Scompare il "cronico" e la medicina diventa "della persona", personalizzata, una sola, per tutti.....	310
Il problema.....	310
Dalla medicina reattiva attraverso la medicina di iniziativa per arrivare alla medicina personalizzata	312
La medicina sistemica come risposta	313
Lezioni apprese dal fronte della pandemia	316
 Barbara Porcelli, Fabrizio Polverini e Direttivo SIDMI.....	317
Continuità assistenziale: rinnovare il nostro Sistema Sanitario Nazionale rendendolo più forte e coerente con i bisogni della collettività	317
Introduzione.....	317
La continuità e il coordinamento delle cure sono strettamente correlati	318
Continuità delle cure ai pazienti affetti da SARS-CoV-2.....	321
Modelli per la gestione della continuità assistenziale dei pazienti affetti da SARS-CoV-2. Assistenza Proattiva Infermieristica (API) e Infermiere di Famiglia e di comunità (IFeC).....	323
Centrali Operative per la gestione della continuità assistenziale ospedale- territorio	324
 Giuliano Pozza.....	327
Value-Based Customer Experience: l'innovazione che non c'è in Sanità (sia prima che dopo il Coronavirus)	327
Perché Amazon e Netflix stanno ridefinendo la <i>customer experience</i> in Sanità	327
Dal CRM alla Value-Based Customer Experience.....	328
Misurare la Customer Experience	332
Il paradosso della <i>customer experience</i> in un sistema universalistico...	336
 Francesco Saverio Proia, consulente ARAN, già dirigente del Ministero della Salute - Battista Roberto Polillo, esperto di sanità pubblica, già dirigente medico ASL Roma 1	340
Contro le emergenze sanitarie l'ospedale non basta, serve la sanità territoriale. Ma con nuove regole organizzative	340
<i>La lezione che ci consegna l'epidemia di COVID-19</i>	340
<i>Le proposte del Ministro della Salute Roberto Speranza sulla fase 2</i> ...	342
<i>L'apporto della Telemedicina nella gestione delle cure domiciliari</i>	343
<i>Una proposta operativa per la gestione territoriale dei pazienti affetti da COVID e le altre emergenze sanitarie</i>	344

<i>Il rilancio del SSN: potenziamento delle cure primarie e contrattazione unitaria del personale della Sanità</i>	345
<i>L'accordo di filiera per tutto il personale del SSN come scelta strategica</i>	347
<i>Dall'accordo di filiera agli accordi di singolo comparto</i>	348
<i>Conclusioni: Ritrovare lo spirito della legge 833/1978 con nuove risorse</i>	349
Paolo Emilio Russo	351
Sanità Digitale: misura per la mitigazione del rischio corruttivo?	351
Massimo Tosini	358
La pandemia come realtà da cui ripartire per la costruzione di un nuovo e aggiornato sistema sociosanitario, stimolando l'interdisciplinarietà tra tutti gli operatori sanitari	358
Bibliografia e Sitografia	366
ALLEGATI	369
RINGRAZIAMENTI	371