

Servizi innovativi dell'area salute per il settore assicurativo

dal managed care all'assistenza domiciliare

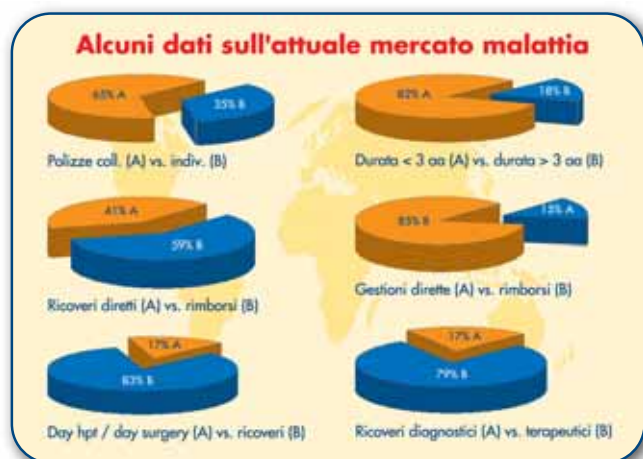


Dott. **Gianluca Da Pozzo** - Europ Assistance Service S.p.A. - Milano

Nel ringraziare gli Organizzatori per l'invito a proporre alcune riflessioni su un tema così stimolante, cercherò di partire da considerazioni già espresse da altri Relatori sul mercato sanitario pubblico e privato, per considerare alcuni servizi innovativi, che possono giocare un utile ruolo nella futura evoluzione dell'offerta che il settore assicurativo sarà portato ad elaborare nei prossimi anni nel campo dei rami Malattia, Infortuni, Assistenza e Vita.

Considerazioni sul mercato sanitario pubblico e privato

Partendo dallo scenario che ci ha mostrato in modo così chiaro il Rag. Trevisan nel suo intervento, emergono alcuni spunti di riflessione che ritengo interessanti per valutare le ragioni della ricerca di nuovi e più efficaci servizi e sistemi di "governo" dei prodotti assicurativi sanitari:



- l'evoluzione del S.S.N. verso una quasi inesorabile progressiva crescita della spesa complessiva (in futuro tra l'altro di più difficile comprensione data la crescente regionalizzazione e quindi la maggiore frammentazione della stessa) che si deve conciliare con il tentativo di una lenta ritirata dello stato dall'assistenza sanitaria, grazie anche alla graduale compartecipazione diretta da parte del cittadino ed una richiesta di

maggiore partecipazione dei "Pagatori Istituzionali" al finanziamento della stessa;

- Alcune delle considerazioni espresse sul mercato assicurativo malattia: troppo piccolo, scarsamente profittevole, caratterizzato da prodotti concentrati sul rischio "ricovero" e di durata ancora mediamente breve, con preoccupanti fenomeni di anti-selezione e moral hazard da un lato e di speculazione da parte dei Providers sanitari dall'altro, con tutto sommato una capacità di "gestione attiva" dei sinistri ancora limitata;
- Il crescente peso giocato nel settore assicurativo malattia dalle coperture collettive, con una gamma di garanzie assicurative più ampia ed in ulteriore via di differenziazione (sia per logiche commerciali che per la richiesta delle "parti sociali" interessate), e con una maggiore penetrazione dei sistemi di "managed care" nel governo della spesa sanitaria;
- Il futuro ruolo "previdenziale" che al settore privato è sempre più spesso richiesto di giocare nella riorganizzazione del sistema di "Welfare" italiano e che, dalle posizioni rigide che caratterizzavano l'impostazione dell'ultima legge di riordino del S.S.N. (229/99 o decreto "Bindi"), appaiono oggi offrire qualche potenziale maggiore spazio di collaborazione anche al settore assicurativo.

Da queste ed altre possibili considerazioni emergono degli spunti interessanti:

- Si consolida il trend di ricerca di riduzione e governo della spesa sanitaria che costituisce il tema di fondo sia per il settore pubblico che per quello privato, anche se con ovvie differenze di percorso: progressiva ritirata per il primo; graduale maggiore capacità di sviluppo di prodotti, gestionale e proattività per il secondo.
- Questo comporta una progressiva maggiore specializzazione delle competenze sia assicurative che gestionali improntate ad una maggiore efficacia nel governare la combined ratio dei prodotti ed efficienza del servizio (da cui il già citato progressivo interesse verso i sistemi di managed care).
- La focalizzazione di prodotto sugli eventi di rischio (ricovero) dev'essere giocata in modo più proattivo ed integrato, cercando sistemi atti a rendere efficiente sia

la fase "preventiva" pre-ricovero (caratterizzata oggi da garanzie di consumo come le specialistiche, con evidenti fenomeni di abuso), che i vari aspetti riguardanti l'ospedalizzazione (dall'appropriatezza delle prestazioni al maggiore controllo delle componenti di costo) e soprattutto attraverso il controllo "virtuoso" della fase post-ricovero, sia tramite il monitoraggio delle prestazioni sanitarie prestate che con la diffusione dei sistemi di assistenza domiciliare integrata.

- A sostenere questo trend di maggiore specializzazione, capacità di definizione dei prodotti malattia e di gestione efficace degli stessi vi sono tra l'altro il crescente sviluppo del mercato degli accordi collettivi (che vedono il superamento di alcuni limiti che ad oggi ancora caratterizzano il mercato delle polizze individuali) ed il progressivo ruolo "previdenziale" che gli assicuratori "danni, assistenza e vita" sono portati auspicabilmente a giocare a medio termine.

Queste sono alcune considerazioni di fondo che hanno portato all'evoluzione dall'approccio assicurativo tradizionale, governato dalla logica "rimborsuale" passiva e dalle limitazioni tecniche alle garanzie prestate (sottosimali, franchigie, scoperti, delimitazioni ed esclusioni, carenze ed altre) ad un atteggiamento più attivo nel processo di governo degli eventi sanitari.

Questo attraverso la realizzazione di strutture gestionali specializzate, sistemi informativi atti a seguire meglio i dati che compongono gli eventi trattati, una rete di Providers sanitari a costi e qualità controllati e dei sistemi di reporting statistico che consentano di avviare un processo di analisi tecnico-sanitaria dei prodotti: quello che da molte parti è stato descritto come l'affermarsi dei sistemi di managed care.

I sistemi di managed care alcune osservazioni critiche

In primo luogo, per sgombrare subito il campo da una spesso abusata abitudine all'uso di terminologia anglosassone per descrivere cose che in Italia assumono caratteri diversi, bisogna dire che le caratteristiche del S.S.N. italiano e del mercato dell'assicurazione malattia sono tali per cui nella nostra situazione non sono tout court applicabili i sistemi di managed care ma dovremmo forse parlare di una "via italiana" al managed care.

L'interpretazione esaustiva del termine managed care va infatti bene al di là della trattazione di singoli eventi sanitari, per comprendere in toto la gestione sanitaria di una

popolazione (spesso di tipo "chiuso"), allo scopo di ricercare il migliore bilancio tra i costi e l'efficacia delle cure prestate; tanto è vero che i primi modelli di organizzazione sui quali si applicavano queste metodologie si chiamavano "H.M.O., ovvero Health Maintenance Organizations" con un forte concetto di gestione integrata della sanità territoriale.

Tutto questo pertiene ad un'organizzazione del sistema sanitario che non è certamente replicabile nel nostro paese e, per la verità, la sopra citata "via italiana" al managed care è più affine ad una combinazione di sistemi di case management e case review con la gestione diretta delle reti sanitarie convenzionate.

Alcuni dei principali requisiti di base del "managed care system" infatti sono ad oggi mancanti:

Manage Care - caratteristiche principali

-  Una considerevole dimensione della popolazione gestita
-  Protocolli diagnostico terapeutici predefiniti, spesso applicati attraverso l'utilizzo di reti sanitarie convenzionate e controllate
-  Raccolta di una considerevole massa di dati
-  Analisi statistica dei risultati, degli eventuali scostamenti dai comportamenti attesi e valutazione di bilancio costo-beneficio

- sufficiente dimensione del mercato e delle popolazioni gestite;
- durata di medio termine dei piani di gestione sanitaria
- ampiezza dello spettro di garanzie sanitarie caratterizzanti il piano;
- capacità di tracciare accuratamente ed interpretare grosse moli di dati;
- definizione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici che guidano gli algoritmi sia gestionali che di analisi statistica di questo processo.

Manage Care - "la via italiana"

Superamento della pura logica indennitaria e passiva, a favore di una gestione proattiva del sinistro, attraverso strutture medico-operative specializzate (call center)

Ricorso a reti sanitarie convenzionate nel tentativo di "governare" meglio l'accesso e l'utilizzo delle risorse sanitarie e le tariffe

Associazione a servizi, quali il pagamento diretto delle spese di ricovero o diagnostica, quale incentivo ad utilizzare il network convenzionato

Altri aspetti sono peraltro già presenti nella "via italiana":

- sistemi di gestione tramite strutture operative e sanitarie specializzate,
- gestione attiva medico-operativa degli eventi, con il possibile pagamento diretto dei sinistri in rete convenzionata,
- utilizzo e governo di networks convenzionati (soprattutto per gli eventi ricovero),
- analisi di molti dei principali indicatori dei sinistri (frequenza, costo medio, durata media delle ospedalizzazioni, analizzati per patologia o tipologia di intervento chirurgico, come pure dettagli sulle diverse componenti di costo dei sinistri, incidenza del ricorso a prestazioni di day hospital o day surgery ed altre analisi di "utilization reviews" tipiche di questo sistema).

Sgomberato il campo dalle sinonimie inadeguate e circoscritto l'ambito di operatività attuale dei sistemi di managed care in Italia, non vi è alcun dubbio che sia i trend di evoluzione del settore (pubblico e privato) che molte delle considerazioni espresse in premessa depongono per un'assoluta opportunità dell'impiego ormai quasi vincolante di questi sistemi gestionali che "obbligano" l'assicuratore a compiere un cammino di specializzazione e di gestione attiva dei prodotti, ovviamente in modo molto flessibile e graduato in virtù della tipologia delle polizze gestite (individuali vs. collettive, rimborso spese ospedaliere vs, specialistiche o diarie).

Prendendo spunto da quanto ampiamente condiviso nella Sezione Tecnica Vita, Infortuni e Malattie dell'Ania, ed anche qui riportato dal Rag. Trevisan, le compagnie si trovano oggi "ad attraversare una fase di passaggio da una rilevazione "passiva" della sinistralità, il cui riscontro

oggettivo serviva essenzialmente per modificare la portata della garanzia o variare il premio, ad un approccio "partecipativo" attraverso il quale avviare una migliore conoscenza dei meccanismi formativi della spesa ed una politica di negoziazione con gli erogatori della stessa".

In effetti, almeno in una fase iniziale, si sono confuse le caratteristiche del processo di managed care con la prassi gestionale del "pagamento diretto" attraverso reti sanitarie convenzionate (Case di Cura, Centri Poli-diagnostici, Professionisti Medici ed in qualche caso reti di Odontoiatri ed Ottici).

Questo rappresenta una visione molto parziale e per lo più "service oriented" delle potenzialità di questo sistema, forse in risposta ad iniziali esigenze di diversificazione commerciale, associate ad un monitoraggio e controllo dei costi, per la verità spesso, almeno nella fase iniziale, più teorico che reale.

Personalmente ritengo che le interessanti potenzialità del sistema di managed care si esprimano più compiutamente attraverso:

Manage Care - potenzialità maggiori

- La gestione **attiva e medico-operativa** del sinistro
- L'analisi dei dati sia di tipo tecnico che clinico (**utilization review e clinical review**)
- L'elaborazione di linee di approccio alla gestione attiva dei sinistri derivate dalle analisi dei fenomeni osservati
- L'orientamento verso l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie richieste, ad evitare abusi e frodi
- La definizione di precisi **indicatori** del processo ed il monitoraggio degli stessi, che rappresenta il cuore del sistema

- la gestione "attiva" e "medico-operativa" del sinistro (in sostituzione dei mancanti algoritmi di workflow basati sui protocolli diagnostico-terapeutici e sulle linee guida),
- l'analisi dei dati sia di tipo tecnico che clinico ("utilization review" e "clinical review"),



- l'elaborazione di linee di approccio alla gestione attiva dei sinistri derivate dalle analisi dei fenomeni osservati (ad esempio il ricorso al day hospital, sia diagnostico che terapeutico, ed alla day surgery),
- l'orientamento verso l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie richieste, ad evitare abusi e frodi ancora troppo spesso presenti nella gestione dei prodotti assicurativi malattia),
- la definizione di precisi "indicatori" del processo ed il monitoraggio degli stessi, che rappresenta il cuore del sistema ed è la parte che può condurre al maggiore valore aggiunto, vale a dire la progressiva comprensione dei meccanismi di formazione della spesa sanitaria privata (a confronto con quella pubblica) e di governo della stessa.

La graduale maturazione del percorso esperienziale compiuto dal settore assicurativo in questi ultimi anni, soprattutto attraverso la sempre più comune realizzazione di entità gestionali a forte specializzazione sanitaria, interne o autonome, di pari passo con la lenta ma progressiva privatizzazione di una parte sempre più consistente della spesa sanitaria e quindi l'evoluzione del concetto di "universalismo selettivo" che caratterizza il nostro S.S.N. potranno porre le condizioni per un più completo sfruttamento delle potenzialità dei sistemi di managed care, sempre nella loro corretta accezione della "via italiana".

La migliore conoscenza della composizione e della possibilità reale di gestione della spesa sanitaria, in relazione alle caratteristiche dell'attuale offerta assicurativa, appare fondamentale per una prossima evoluzione del mercato anche in termini di prodotto, potendo così raggiungere quelle dimensioni che consentirebbero un approccio più "maturo" all'offerta di forme efficaci e sostenibili nel tempo di completa previdenza sanitaria.

Non va infatti dimenticato che le metodologie di managed care hanno la finalità di proporre sistemi di gestione integrata della sanità di una certa popolazione con un positivo bilancio tra benefici e costi, e potrebbero quindi aprire interessanti opportunità nello sviluppo di prodotti innovativi che da un lato risolvano le attuali problematiche dei "rischi tarati" e dall'altro realizzino efficaci sistemi di copertura sanitaria post-ricovero, attraverso forme di assistenza domiciliare integrata.

Servizi innovativi per l'area malattia

- Alcuni dei servizi che possono giocare un ruolo positivo nella gestione delle polizze malattie caratterizzano, con variabile grado di successo e diffusione, l'offerta malattia di paesi più avanzati del nostro, come quelli anglosassoni:
- **Case management**
- **Managed Care**
- **Disease management**
- **Assistenza domiciliare integrata**
- **Telemedicina e telemonitoraggio**

I sistemi di Disease Management

Tra le classiche limitazioni nello sviluppo dei prodotti malattia in Italia, si annoverano certamente il problema della selezione del rischio, per lo più caratteristico delle polizze individuali, delle carenze e della durata delle coperture. Si tratta di limitazioni ad oggi necessarie per contenere gli effetti negativi di una diffusa tendenza all'anti-selezione ed al moral hazard, unitamente ad alcune distorsioni nei meccanismi di generazione della spesa privata che certamente giocano un ruolo rilevante.

Si palesa peraltro l'attuale incapacità del sistema dei prodotti assicurativi di fronteggiare le malattie gravemente invalidanti e croniche, tipiche dell'avanzare dell'età per una lacuna conoscitiva sia della spesa attuale che di quella prevedibile.

Questo è alla base dell'attuale difficoltà a gestire le problematiche relative ai "rischi aggravati" nel nostro mercato, unitamente alla diffidenza con la quale il settore assicurativo si muove nella proposizione delle polizze LTC, nonostante la spinta partita dall'istituzione dei Fondi Integrativi del Sistema Sanitario (istituita con la riforma 229/99) e l'attuale orientamento normativo in materia di recessione dai contratti, che certamente implicano una revisione strategica del settore assicurativo malattia.

È infatti ben chiaro che l'introduzione in polizza di coperture per una serie di stati patologici attualmente esclusi (e peraltro molto frequenti nella popolazione in generale) comporterebbe un sostanziale cambio nel mix delle patologie che oggi caratterizzano i sinistri denunciati ed indennizzati, sia in termini di frequenza che di costo medio, tra l'altro a favore di condizioni patologiche per le quali oggi il settore assicurativo non ha dati significativi.

Al netto di considerazioni di tipo tecnico che non mi competono, e sulle quali il settore si sta interrogando, come testimoniato anche dal gruppo di lavoro sui rischi tarati operante da tempo in Ania, ritengo che valga la pena di considerare con una certa attenzione una possibile soluzione offerta dal mercato anglosassone, che viene attuata con un sistema simile a quello del managed care, che va sotto il nome di "disease management".

Si tratta di un sistema di gestione integrata attraverso consolidati protocolli di diagnosi e cura, di tutti gli eventi sanitari che caratterizzano l'evoluzione naturale di alcune patologie particolarmente invalidanti e frequenti nella popolazione, tanto da comportare un'incidenza rilevante sulla spesa sia sociale che sanitaria (ad esempio il dia-

betes), allo scopo di migliorare le cure e la qualità della vita dei pazienti affetti da tali malattie, riducendone il ricorso a prestazioni sanitarie di elevato costo (come tipicamente nel caso dell'ospedalizzazione) con una provata efficienza economica per il sistema, pubblico o privato.

I sistemi di disease management si fondano sul concetto che la gestione della patologia, o meglio del paziente affetto da una certa patologia cronica ed invalidante, sortiscano un effetto migliore sia per il paziente che per i costi di gestione della sua malattia, se sono un'integrazione di diagnosi, trattamenti e cure appropriate, con il risultato di spostare delle quote di spesa dalla fase dei singoli episodi di cura (per esempio i ricoveri ospedalieri o le prestazioni di elevata specializzazione) a quelle della prevenzione, delle cure domiciliari e farmacologiche.

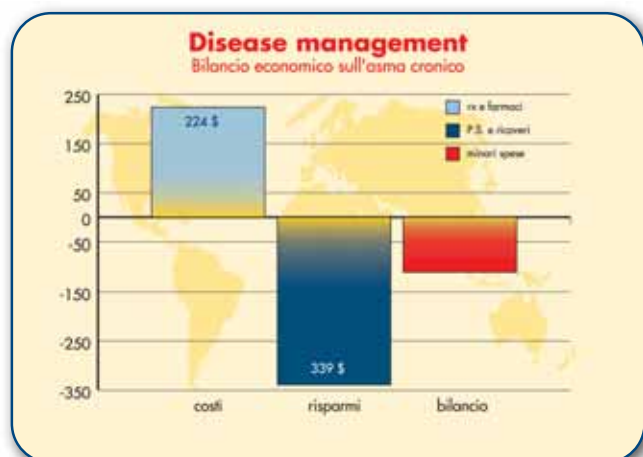
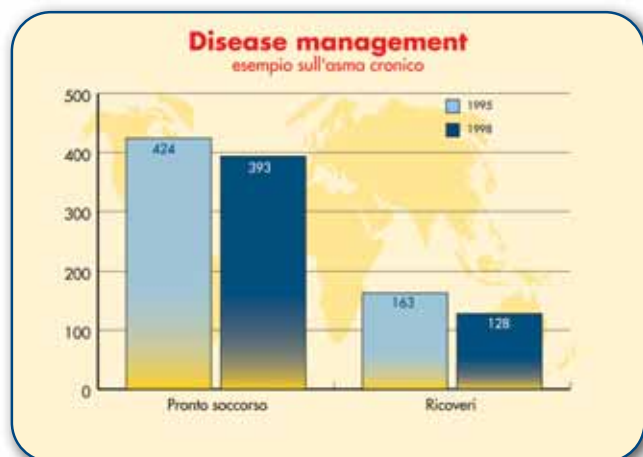
Si tratta ovviamente di un sistema che presenta poche analogie con il ristretto ambito di attuale operatività delle coperture malattie in Italia, ma che diventa estremamente attuale ed importante nella gestione di coperture collettive in un'orizzonte di medio-lungo termine e delle coperture Long Term Care.

Inoltre, le crescenti limitazioni normative alla rescindibilità dei contratti, la parziale efficacia degli attuali sistemi di limitazione del rischio sulle polizze individuali potrebbero indurci l'interesse in contratti di durata medio-lunga (da 5 a 10 anni), perché questo è un'orizzonte temporale che potrebbe essere già sufficiente a creare delle efficienze economiche apprezzabili per alcune patologie (patologie cardiovascolari, neurologiche, diabete).

Il problema dell'applicabilità tout court di questi sistemi nel nostro mercato risiede non certamente nella loro novità o nella carenza di dati sufficienti (i protocolli con i quali queste patologie sono trattate in Italia sono spesso identici a quelli del mercato anglosassone), ma forse ancora una volta nel ruolo integrativo stesso della copertura malattia.

Questo implica di necessità il fatto che il settore assicurativo dovrebbe pensare di farsi carico, seppur in modo economicamente virtuoso ed efficiente nel medio-lungo termine, di una serie di voci di spesa (prevenzione, esami diagnostici, farmaci ad altre) che oggi ricadono per questi pazienti in una sorta di alveo "sociale" della spesa sanitaria.

Mentre sotto l'aspetto morale e sociale questo si caratterizza certamente come un sistema virtuoso, improntato a migliorare la qualità e le aspettative di vita di questi pazienti, in termini "economici" è peraltro verosimile pensare che il ritorno sull'investimento dato dalle potenziali



maggiori cure inizialmente prestate sia più difficile da raggiungere nel nostro sistema sanitario, rispetto ai sistemi a prevalente o integrale spesa privata.

E'peraltro più che opportuno, sia per ragioni inerenti alle logiche di rapporto commerciale con i propri assicurati, che per le prospettive di creazione di prodotti più innovativi, che si guardi con estremo interesse ai modelli di disease management, magari per cercare di evolvere, come per il managed care, una nuova forma di "via italiana" che possa esprimere un corretto bilanciamento in termini di crescita di servizio e copertura per gli assicurati senza il peggioramento dei già difficili andamenti tecnici dei prodotti malattia.

E'probabile che, come per la gestione dei "rischi tarati", l'applicabilità di questi sistemi sia di più immediata concezione nell'ambito delle polizze Vita, Invalidità

Permanente da infortunio o malattia e delle polizze L.T.C., ove addirittura il concetto dell'investimento sulla prevenzione o sulla cura ottimale di una patologia per non arrivare a realizzare una condizione di non autosufficienza grave (quale quella prevista dalle attuali classificazioni A.D.L. o I.A.D.L.) potrebbe assumere aspetti commercialmente e tecnicamente rilevanti.

L'assistenza domiciliare integrata post ricovero

Un ultimo sistema di servizi sanitari innovativi che appare oggi di notevole interesse è quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata o dell'Ospedalizzazione Domiciliare.

I due termini differiscono di poco, intendendosi con il primo la gestione domiciliare del paziente dopo un episodio di ricovero o indipendentemente da questo, e con il secondo la via alternativa domiciliare alla gestione in costanza di ricovero di un malato. Quest'ultimo sistema presenta spesso maggiore complessità gestionale ed il ricorso ad una gestione integrata di molti presidi sanitari strumentali (qualora necessari) e quindi è di più difficile applicazione nel campo delle attuali polizze danni e vita.

Trattandosi di temi che hanno certamente considerevole importanza sia in termini sanitari che di "welfare", e che potrebbero condurre a considerazioni assistenziali che trovano difficile applicabilità per il settore assicurativo (basta pensare a quanta legittima attenzione richiede e riceve il mondo della popolazione anziana) è bene chiarire da subito che le considerazioni di seguito espresse saranno rivolte all'area dell'assistenza domiciliare integrata post ricovero, che ritengo possa avere oggi presupposti tecnici sufficientemente governabili, ampi spazi di mercato ed una valenza interessante come associazione alle polizze malattia, infortuni e vita.

Proprio per l'interesse che riveste questo tema, si è da oltre un anno avviata una Commissione nell'ambito della Sezione Tecnica Assistenza dell'Ania, che ha svolto prima un'analisi ricognitiva sulle prestazioni ed i servizi interessanti in ordine all'assistenza domiciliare in senso lato, per poi concentrarsi sull'assistenza domiciliare integrata post ricovero.

Assistenza domiciliare integrata Schema di prodotto - Commissione Assistenza ANIA

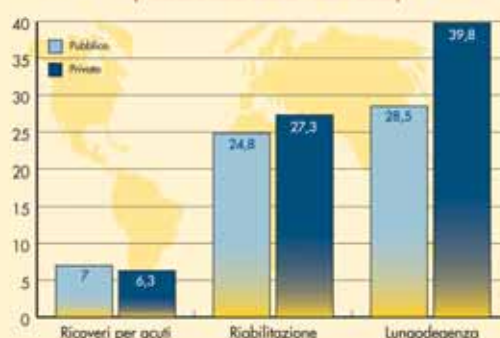
- Bilancio situazionale
- Informazioni e consulenze
- Garanzie sanitarie
- Garanzie non sanitarie
- Prestazioni di servizio

Le ragioni di mercato principali possono essere di seguito riassunte:

- L'attuale sistema di finanziamento della spesa ospedaliera, attraverso il sistema forfettario degli R.O.D. (più comunemente noti come D.R.G.) nonostante la notevole pressione del Governo al contenimento della stessa, ha incrementato da un lato la frequenza delle ospedalizzazioni (circa il 15% dal 2001) mentre ha sensibilmente ridotto la durata media della degenza (da 7 a 4-5 gg), creando a volte di fatto un trend di dimissioni precoci.
- Per le strutture pubbliche che hanno sviluppato un'attività libero-professionale intra-moenia (al netto delle attuali evoluzioni del sistema) questo si è spesso tradotto nel trasferimento del paziente "solvente" in reparti privati, governati ancora dalla logica economica dell'occupazione dei posti letto, con una preoccupante crescita dei sinistri caratterizzati da lungo-degenze.
- Anche nel settore delle Case di Cura private, ancora governato da meccanismi di spesa spesso svincolati dall'efficienza, si sta facendo strada una maggiore coscienza del fatto che la curva di redditività di un ricovero, specie se chirurgico (circa il 70% del totale nel mix dei sinistri malattia), decade mediamente dopo la terza o quarta giornata e si assiste ad una progressiva propensione a dimissioni più precoci (almeno nelle strutture meglio organizzate, che sono spesso quelle in cui vengono gestiti i casi di gravità tale da richiedere un'assistenza domiciliare post-ricovero).
- Una parte dei ricoveri, con o senza intervento chirurgico, nei quali assistiamo ancora oggi a degenze di durata elevata, sono caratterizzati dall'esigenza del paziente assicurato di avere cure di assistenza domi-

ciliare. In attuale assenza di queste ed in carenza di alternative valide è facile che le durate del ricovero si protraggonno oltre a quanto sarebbe clinicamente necessario, sfociando in lungo-degenze di fatto, con ben noti effetti sul costo medio di questi episodi.

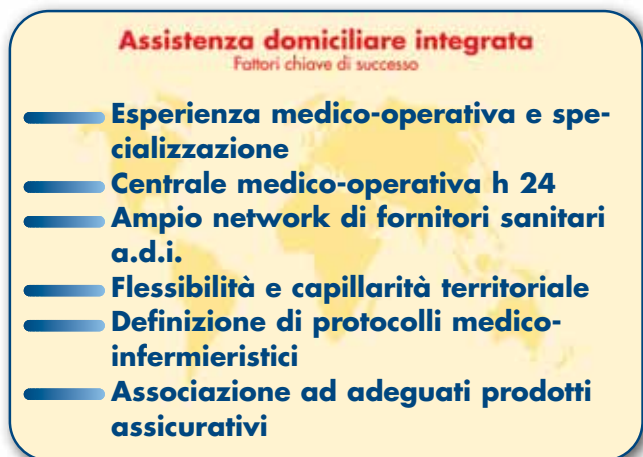
Degenza media per tipo di attività (Ministero della Sanità - anno 2000)



- Dal momento che il rapporto di costo medio tra una giornata di ricovero nel settore privato (o pubblico libero-professionale) e quella dell'analoga gestione domiciliare del paziente varia da 1/3 ad 1/2 a favore dell'a.d.i., si può comprendere come l'applicazione di queste prestazioni di assistenza ad alcune polizze malattia possa generare anche un circolo economicamente virtuoso di auto-finanziamento del relativo premio, dovuto al risparmio generato sul costo dei sinistri ricovero.
- Da ultimo vi è certamente il fatto che appare "politicamente" e "socialmente" opportuno che il settore assicurativo, troppo spesso relegato ad una pura logica di profitto da parte delle Istituzioni e di una buona parte dei cittadini, elabori proposte concrete ed economicamente sostenibili nel tempo nei confronti di un tema che appare rivestire un'importanza che se è già oggi considerevole, è certamente crescente nel medio termine.

La realizzazione di questi servizi richiede certamente il ricorso da parte delle Compagnie a strutture specializzate, sia in termini di profili di man power, che di processi e modelli gestionali e reti di Providers sanitari tarati sui servizi di a.d.i.

I fattori chiave per il successo delle iniziative di assistenza domiciliare post-ricovero possono essere quindi così riassunti:



- Esperienza medica ed operativa di elevata specializzazione
- Struttura gestionale operativa 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno
- Rete medico-paramedica specializzata e con ampia capillarità e copertura territoriale
- Flessibilità nella definizione del piano di assistenza e collaborazione con i medici curanti del paziente
- Definizione di protocolli medico-infermieristici e sistemi di monitoraggio (case review)
- Associazione ad idonei prodotti "rider" assicurativi, nell'ambito dei rami Danni e del ramo Vita

A completamento delle considerazioni fatte su alcuni servizi innovativi dell'area medica associati alle polizze assicurative, va detto che oggi la tecnologia, il sempre più diffuso ricorso a call centers medico-sanitari attivi 24 ore su 24 e lo sviluppo di sempre più diversificate reti mediche e para-mediche, consentono di associare ai modelli di assistenza domiciliare post-ricovero alcuni servizi di monitoraggio a distanza del paziente, la cui validità appare ancora da dimostrare in termini di efficienza economica (così come avviene da alcuni anni con i sistemi di telemonitoraggio e tele-medicina in contesti sanitari differenti e più avanzati del nostro), mentre appare evidente il vantaggio commerciale in termine di servizio reso al cliente.

