

AGIRE IN DIVENIRE. ALLEANZE NELLA RETE DELLE CURE



16 maggio 2015



Il diritto a cure appropriate tra tagli e sprechi: quale futuro per il SSN?

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

Capo I. Diritto costituzionale alla tutela della salute

Art. 1. L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute dei cittadini italiani, ma non garantisce loro un accesso illimitato e indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie.

Art. 2. Il diritto costituzionale alla salute e la responsabilità pubblica della sua tutela devono essere frutto di una leale collaborazione tra Stato e Regioni.

Art. 3. La Repubblica deve preservare i cittadini da tutte le disuguaglianze, in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinico-organizzativi e di esiti di salute.

Capo II. Finanziamento del SSN

Art. 4. Tagli e disinvestimenti in sanità compromettono, oltre alla salute, la dignità delle persone e le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi.

Art. 5. Nel rispetto dell'uguaglianza dei cittadini, l'acquisizione di risorse integrative dai privati non deve compromettere il modello di un SSN pubblico e universalistico.

Art. 6. Le risorse acquisite dall'intermediazione assicurativa dei privati devono finanziare prevalentemente prestazioni non essenziali.

Art. 7. Le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini devono rispettare il principio costituzionale di equità contributiva evitando disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza.

Capo III. Sostenibilità del SSN

Art. 8. Il SSN, nonostante i tagli, rimane sostenibile perché ingenti sprechi che si annidano a tutti i livelli posso essere recuperati attraverso un virtuoso processo di disinvestimento e riallocazione.

Art. 9. In un SSN sostenibile le migliori evidenze scientifiche devono guidare le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone, oltre che orientare le scelte di cittadini e pazienti (*evidence for health*).

Art. 10. Per garantire la sostenibilità del SSN il denaro pubblico deve finanziare solo interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'*high value*.

Capo IV. Politica e sanità

Art. 11. Il ruolo della politica partitica (*politics*) deve essere nettamente separato da quello delle politiche sanitarie (*policies*).

Art. 12. La salute delle persone deve orientare tutte le politiche sanitarie, industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali (*health in all policies*).

Art. 13. Le politiche sanitarie non possono essere ostaggio di interessi industriali solo perché il mercato della salute genera occupazione.

Art. 14. Le politiche sanitarie volte a tutelare il SSN devono uscire dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Capo V. Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

Art. 15. La programmazione sanitaria deve essere guidata dall'epidemiologia di malattie e condizioni, dal *value* degli interventi sanitari e dai servizi esistenti.

Art. 16. La riorganizzazione dei servizi sanitari deve prevedere modelli sovrazionali per condividere percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane.

Art. 17. La dicotomia ospedale-territorio deve essere superata con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura e con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

Art. 18. Le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendicontare pubblicamente le proprie performance (*accountability*).

Art. 19. Il management aziendale deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute e non dalla produttività di servizi e prestazioni.

Art. 20. Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi incentivanti orientati a ridurre gli sprechi e aumentare il *value* dell'assistenza.

Capo VI. Professionisti sanitari

Art. 21. La salute delle persone deve essere obiettivo primario di ogni forma di aggregazione e associazione professionale, trasformando le innumerevoli corporazioni competitive nei nodi di un network collaborativo.

Art. 22. Competenze e responsabilità dei professionisti devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.

Art. 23. Tutte le categorie professionali devono promuovere una medicina parsimoniosa (*less & more*), identificando gli sprechi conseguenti alla prescrizione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*.

Art. 24. I professionisti hanno il dovere etico di negare al paziente prestazioni inefficaci e inappropriate, consapevoli che la mancata prescrizione può generare insoddisfazione.

Art. 25. La pratica della medicina difensiva deve essere contrastata con informazioni e azioni a tutti i livelli, aumentando la consapevolezza sociale dei rischi e dei costi che genera.

Capo VII. Cittadini e pazienti

Art. 26. Il SSN deve informare cittadini e pazienti sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, oltre che coinvolgerli attivamente nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari.

Art. 27. Paziente e professionista sanitario devono convivere in una mutua relazione clinico-assistenziale, sociale ed economica, senza rivendicare alcuna posizione di centralità.

Art. 28. L'assistenza centrata sul paziente deve considerare aspettative, preferenze e valori promuovendone il coinvolgimento insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un unico team clinico-assistenziale.

Art. 29. I cittadini italiani, "azionisti" del SSN, devono essere consapevoli che la domanda inappropriata di prestazioni sanitarie contribuisce agli sprechi con ricadute in forma di imposte locali e mancate detrazioni.

Capo VIII. Ricerca

Art. 30. Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute e il benessere delle persone.

Art. 31. Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica o sociale.

Art. 32. L'agenda della ricerca deve essere indirizzata dalle aree grigie, previa revisione sistematica della letteratura.

Art. 33. La definizione delle priorità di ricerca deve coinvolgere attivamente cittadini e pazienti, per identificare quali interventi sanitari valutare e quali outcome misurare.

Capo IX. Formazione continua

Art. 34. Il fine ultimo della formazione continua dei professionisti sanitari non coincide con la mera acquisizione di conoscenze e skills, ma si identifica con la modifica dei comportamenti professionali.

Art. 35. La formazione continua e il miglioramento della competenza professionale sono determinanti fondamentali della qualità dell'assistenza.

Art. 36. I curricula dei professionisti sanitari e del management devono includere conoscenze e skills per erogare un'assistenza sanitaria centrata sul paziente, basata sulle evidenze, consapevole dei costi e ad *high value*.

Capo X. Integrità e trasparenza

Art. 37. La sopravvivenza della sanità pubblica è indissolubilmente legata all'integrità morale e alla professionalità di tutti gli attori coinvolti.

Art. 38. Un SSN equo e sostenibile deve mettere in atto azioni concrete per un'adeguata governance dei conflitti di interesse di tutti gli stakeholders.

Aiutaci a difendere un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico

Sottoscrivi
www.salviamo-SSN.it

Dona
www.gimbe.org/dona


I. Diritto Costituzionale alla tutela della Salute

II. Finanziamento del SSN

III. Sostenibilità del SSN

IV. Politica e Sanità

V. Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

VI. Professionisti sanitari

VII. Cittadini e pazienti

VIII. Ricerca

IX. Formazione continua

X. Integrità e trasparenza

Outline

1. Tagli
2. Sprechi
3. Futuro del SSN

DIBATTITI E IDEE

Tagli, Fondazione Gimbe: «Le istituzioni facciano chiarezza sul futuro della sanità pubblica»



Il Patto per la salute resta un'incompiuta e il decollo dei nuovi Lea si blocca sul nascere. Sono queste le conseguenze del taglio di oltre due miliardi di euro sancito dall'intesa Stato-Regioni. Anche perché «non si intravede alcuna volontà politica condivisa per ridurre sprechi e inefficienze, preservare la Sanità pubblica e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute». E' l'allarme lanciato dalla Fondazione Gimbe in una nota. «La salute degli italiani - sottolinea la fondazione - è ostaggio di un bancomat al portatore: le Istituzioni si pronuncino all'unisono».

USCIRE DALLA CRISI: CHIAREZZA SUI NUMERI DELLA SANITÀ



Ministero della Salute

*Conferenza stampa del
Ministro della Salute
Prof. Renato Balduzzi
19 dicembre 2012*

- 24.706 miliardi di euro

Per il **periodo 2012-2015 tagli** alla sanità pubblica per quasi **25 miliardi di euro**

- Legge di stabilità 2013
- Spending review
- DL 98/2011
- DL 78/2010





MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



NOTA DI AGGIORNAMENTO DEL
**DOCUMENTO
DI ECONOMIA
E FINANZA 2013**

Presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri
Enrico Letta

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze
Fabrizio Saccomanni

il 20 Settembre 2013

Spesa sanitaria a legislazione vigente

2012: 110.842 (7,1% del PIL)

2013: 111.108 (7,1% del PIL)

2014: 113.029 (7,1% del PIL)

2015: 115.424 (7,0% del PIL)

2016: 117.616 (6,8% del PIL)

2017: 119.789 (6,7% del PIL)



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016

Rep. n. *83/CSR* del *10 luglio 2014*



Patto per la Salute 2014-2016

- Livello del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato:
 - 109.928.000.000 euro per l'anno 2014
 - 112.062.000.000 euro per l'anno 2015
 - 115.444.000.000 euro per l'anno 2016
- "salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico"



DAL GOVERNO

Esclusiva/ Manovra 2015, ecco le misure per la sanità



di Barbara Gobbi | 16/10/2014

Dal Patto salute ai finanziamenti per le politiche sociali e la non autosufficienza. Dal blocco del turnover alla terra dei fuochi. Ecco i punti cruciali per la Sanità e il sociale contenuti nella legge di Stabilità approvata ieri in tarda serata da Palazzo Chigi. **IL TESTO**

[DOCUMENTI](#)

[Home](#) | [Dal Governo](#) | [In Parlamento](#) | [Regioni e Aziende](#) | [In Europa e dal mondo](#) | [Lavoro e professione](#) |[Home](#) > [Dal Governo](#)

DAL GOVERNO

Renzi alle Regioni: nessuna mediazione sulla cifra dei tagli (4 miliardi) ma accetto proposte

23 ottobre 2014 Cronologia articolo

[Tweet](#) 0[Recommend](#) 3[g+1](#) 0[A](#) [A](#) [🖨](#) [✉](#)

L'importo dei tagli previsti dalla legge di Stabilità per le Regioni - 4 miliardi - non si discute ma proposte alternative sì. Il premier Matteo Renzi ha incontrato i presidenti delle Regioni alle 8 in punto come previsto, prima di un rapido Consiglio dei ministri e prima di volare a Bruxelles per il Consiglio europeo. E ha avvertito: «Non c'è spazio per una mediazione sulla cifra, i miliardi sono quattro. Da qui due strade: o lo scontro o ci sono proposte alternative su cui si lavora in queste ore».

DAL GOVERNO

Anteprima/ Stabilità 2015, Regioni e Governo si accordano sul taglio da 2,6 mld per la sanità ma si rinvia sui dettagli

di Barbara Gobbi

26 febbraio 2015 [Cronologia articolo](#)[Tweet](#) 4[f Recommend](#) 63[g+1](#) 2[A](#) [A](#) [🖨](#) [📧](#)

Dove e come tagliare, lo si deciderà entro il 31 marzo. La cifra invece è quella: 2,637 miliardi. Due mld a carico delle Regioni a statuto ordinario, 352 milioni per quelle a statuto speciale, 285 milioni per l'edilizia sanitaria. A tanto ammonta il contributo che le Regioni si sono impegnate a pagare per la Sanità. Dopo un braccio di ferro con l'Esecutivo durato settimane, oggi in Conferenza Stato-Regioni si è raggiunta l'intesa sulla cifra. Mentre sui contenuti tutto

06 Mag
2015

DAL GOVERNO

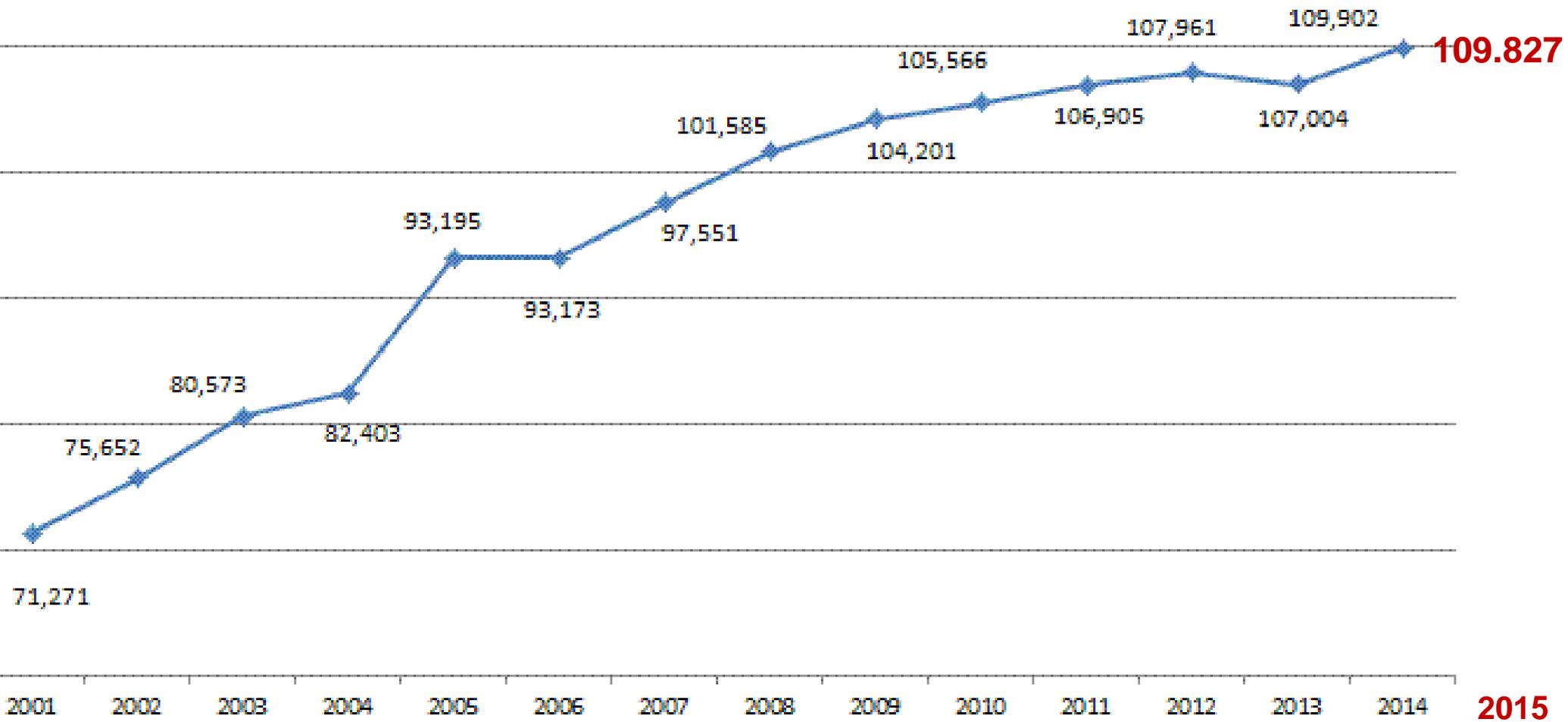
S
24

Tagli alla sanità, salta l'Intesa Se ne riparla dopo le elezioni

Niente tagli per ora alla sanità nel 2015. Ma non perché i tagli non si faranno. Più (o meno) banalmente, perché domani in Conferenza Stato-Regioni non figura l'Intesa che già è saltata nelle tre precedenti Conferenze.

L'Ordine del giorno non la prevede, neppure quella dei presidenti di regione. E oggi a Venezia, dove s'è svolta la riunione degli assessori, non s'è formalmente parlato dell'accordo col Governo. Era l'ultimo vertice tra gli assessori e domani sarà l'ultima Stato-Regioni prima delle elezioni di fine mese in sette Regioni.





Due grandi sfide per il SSN

- Garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza
- Sostenere Regioni e Province Autonome che hanno una infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di qualità pari alle Regioni con le performance migliori

DAL GOVERNO

Il Patto della Salute su un binario morto

di Barbara Gobbi

23 dicembre 2014 [Cronologia articolo](#)[Tweet](#) 8[Recommend](#) 107[g+1](#) 1

I nuovi Lea, ha annunciato Beatrice Lorenzin, con i trattamenti per l'eterologa, le indagini per la celiachia e le cure per l'endometriosi, arriveranno per metà gennaio. E anche il regolamento sugli standard ospedalieri, dopo la bocciatura del Consiglio di Stato, è pressoché pronto. Ma arriveranno in ritardo rispetto alla tabella di marcia. Ma è l'intero Patto per la salute 2014-2016 in grave ritardo, a parte le misure inserite nella manovra. Perché tutte le scadenze da attuare, finora, non sono state rispettate. E il rischio è che andando verso le elezioni di maggio, le regioni saranno in altre

Revisione dei Livelli essenziali di assistenza 2015

Gennaio 2015



Ministero della Salute

3-9 marzo 2015



ANGOLO DI PENNA

L'insostenibile ebbrezza dei nuovi Lea

di Nino Cartabellotta *





MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2015

Presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri
Matteo Renzi

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze
Pier Carlo Padoan

al Consiglio dei Ministri il 7 Aprile 2015

Spesa pubblica per la sanità (% PIL)

2010: 7,0%

2015: 6,8%

2020: 6,6%

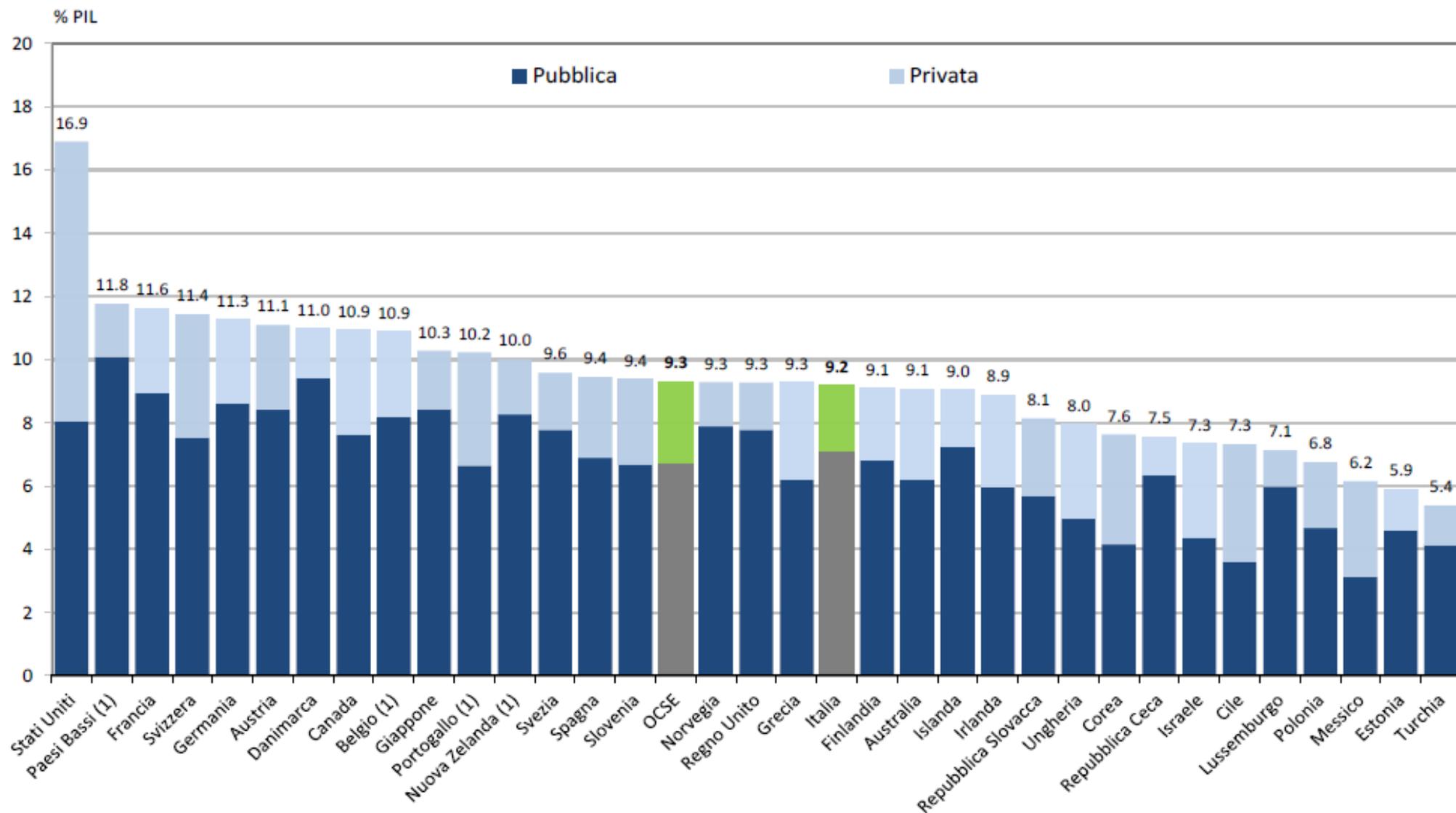
2025: 6.8%

2030: 7.0%

...

2060: 7,6%

Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria, paesi OESC, 2012 or latest year



Fonte: OECD Health Statistics 2014.

The Association Between Health Care Quality and Cost

A Systematic Review

Peter S. Hussey, PhD; Samuel Wertheimer, MPH; and Ateev Mehrotra, MD, MPH

Conclusion: Evidence of the direction of association between health care cost and quality is inconsistent. Most studies have found that the association between cost and quality is small to moderate, regardless of whether the direction is positive or negative. Future studies should focus on what types of spending are most effective in improving quality and what types of spending represent waste.

Ann Intern Med. 2013;158:27-34.

Outline

1. Tagli
- 2. Sprechi**
3. Futuro del SSN

Framework GIMBE per il disinvestimento



AZIENDE & TERRITORIO

X CONFERENZA NAZIONALE GIMBE/ *Disinvestire e riallocare: le parole d'ordine per uscire dall'impasse*

La chiave per la sostenibilità del Ssn

Sono sei le aree in cui ridurre gli sprechi e mirare ad aumentare il “value” in sanità

Crisi economica

- Investire meno risorse → **tagli**
- Identificare altri "canali" di finanziamento → **ticket, intermediazione assicurativa**
- Ottenere migliori risultati dalle risorse investite, identificando e riducendo gli sprechi → **disinvestimento e riallocazione**



“gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza produrre *value*”

Taiichi Ohno, Toyota

ONLINE FIRST

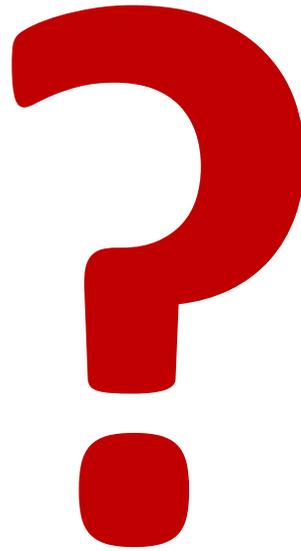
Eliminating Waste in US Health Care

Donald M. Berwick, MD, MPP

Andrew D. Hackbarth, MPhil

JAMA. 2012;307(14):doi:10.1001/jama.2012.362

6 categorie di sprechi erodono...



...oltre il 20% della spesa sanitaria

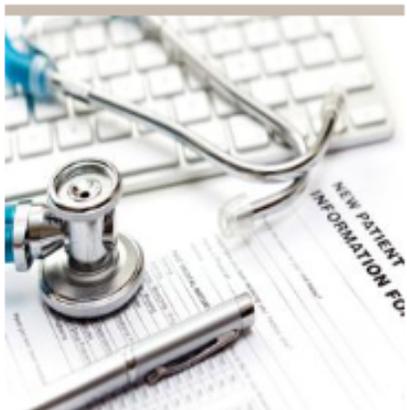
1. Sovra-utilizzo

- **Categoria:** sovra-utilizzo (*overuse*) di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low-value*
- **Descrizione:** prescrizione/erogazione di interventi preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, educazionali, palliativi
 - Inefficaci
 - Inappropriati
 - Dal *low value*

DAL GOVERNO

Studio Agenas: boom medicina difensiva, costa 10 mld l'anno

di Lucilla Vazza

11 novembre 2014 [Cronologia articolo](#)

Troppi controlli, troppe prestazioni inappropriate, troppi soldi sprecati.

Sono vorticosi i numeri della medicina difensiva nel nostro Paese. Il 58% dei medici dichiara di praticarla e per quasi tutti (93%), il fenomeno è destinato ad aumentare. Gli esami inutili valgono il 10% del totale della spesa sanitaria (9-10 mld) con un costo pro capite di 165 euro su un totale di 1847 euro. Sono i dati snocciolati nello studio pilota elaborato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e presentato oggi durante il workshop "Medicina

Less is more:
un approccio di sistema
contro la medicina difensiva

16



EDITORIALS

Too much medicine; too little care

Time to wind back the harms of overdiagnosis and overtreatment

Paul Glasziou *professor*¹, Ray Moynihan *senior research fellow*¹, Tessa Richards *analysis editor*²,
Fiona Godlee *editor in chief*²

¹Bond University, Robina, QLD 4226, Australia; ²BMJ, London WC1H 9JR, UK

LESS IS MORE

- = + MEDICINE

- Overdiagnosis
- Overtreatment
- Too much medicine (BMJ)
- Less is More (JAMA Int Med)
- Minimally disruptive medicine
- Do No Harm Project
- Prudent Care
- Choosing Wisely
- Right Care Alliance
- Thinking Twice



About

Learn More about
Choosing Wisely

<http://choosingwisely.org>



fare di più
non significa fare meglio 



Sobria Rispettosa Giusta



Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani

#SalviamoSSN

Art. 23. Tutte le categorie professionali devono contribuire a identificare gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*.



Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani

#SalviamoSSN

Art. 22. Le competenze e le responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.

Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	Mld*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)

2. Frodi e abusi

- **Categoria:** Frodi e abusi
- **Descrizione:** risorse erose dalla corruzione in ambito sanitario

Regioni e Aziende Sanitarie

- **Selezione del personale**, al fine di favorire uno specifico candidato
 - Selezione politica dei direttori generali che spesso premia la fedeltà politica, a scapito della competenza
 - Selezione di professionisti e operatori sanitari
- **Gare e appalti**, al fine di favorire uno specifico fornitore
 - Restrizione dei criteri di ammissione alla gara
 - Manipolazione delle parti tecniche del capitolato
 - “Assistenza” del fornitore prescelto nella predisposizione del bando
 - Sostituzione della procedura di gara con forme di trattativa privata diretta
 - Reiterate proroghe di contratti finalizzate ad occultare affidamenti senza gara
- **Esecuzione del contratto**
 - Mancanza di controlli sulla correttezza della prestazione
 - Fatturazioni multiple
 - Ricorso frequente a transazioni che avvantaggiano il fornitore privato
- **Pagamenti delle aziende sanitarie**
 - Scelte discrezionali sulle priorità dei pagamenti, sempre più in ritardo
 - Spesso i fornitori, per far fronte ai ritardi nei pagamenti, sono costretti a scontare i loro crediti presso società che impongono costi rilevanti, dietro alle quali possono anche celarsi operazioni di riciclaggio di denaro di illecita provenienza.
- **Accreditamento di strutture private**
 - Corruzione della politica regionale per ottenere l’accreditamento
 - Gestione degli accreditamenti utilizzata per la ricerca del consenso da parte della cattiva politica
- **Lobbying illecito**
 - Fenomeni di *state capture*, esercitati a livello politico per ottenere provvedimenti legislativi favorevoli

Erogatori, professionisti, pazienti

- **Sistema di rimborso a prestazione**, in cui l'alterazione del DRG consente al fornitore un indebito rimborso della prestazione:
 - sovrapprestazioni
 - fatturazione di prestazioni
 - effettuate privatamente
 - non necessarie
 - diverse da quelle effettivamente erogate
- **Farmaceutica**
 - furto di medicinali
 - furto e ricettazione di ricettari
 - richiesta di rimborsi indebiti
 - utilizzo improprio dei farmaci
 - comparaggio
 - false prescrizioni ("pazienti fantasma")
 - ostacolato ingresso sul mercato di produttori di farmaci equivalenti
 - vendita illegale di farmaci online
 - assimilazione di prodotti cosmetici a farmaci
- **Professionisti sanitari**
 - abusivismo nelle professioni sanitarie
 - assenteismo
 - furto di materiali
 - false attestazioni e certificazioni: invalidità, patente di guida, false malattie
 - quote capitarie di pazienti deceduti
- **Pazienti**
 - evasione ed elusione dei ticket sanitari, grazie a false certificazioni ISEE
 - richiesta di trattamenti di favore



→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

35

Focus on Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio sanitario nazionale ■ Intervista al Ministro Beatrice Lorenzin
■ Il Piano nazionale anticorruzione e le indicazioni per le Aziende sanitarie ■ Il ruolo di Agenas per una cultura etica in sanità ■ La trasparenza nel monitoraggio dei siti web delle Aziende sanitarie **Dalle Regioni** Il Dossier formativo nel sistema Ecm **Agenas on line** Patologie croniche, ecco Matrice, un nuovo strumento di governance clinica

Ed è il Presidente di Agenas Giovanni Bissoni ad affermare che si stima attorno al 5,6% del budget della sanità le risorse assorbite da corruzioni e frodi. Considerando la spesa sanitaria di circa 110 miliardi di euro l'anno, è tra i 5 e i 6 miliardi di euro, il costo della corruzione in questo settore. Ma “al di là delle cifre, il fenomeno incide pesantemente sull'efficienza, la qualità, la sicurezza, l'equità di accesso ai servizi, sulla fiducia dei cittadini, quindi sul diritto alla salute”.

Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	Mld*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6.15)

3. Acquisti a costi eccessivi

- **Categoria.** Tecnologie sanitarie e beni e servizi non sanitari acquistati a costi eccessivi
- **Descrizione.** Acquisto a costi non standardizzati, oltre il valore di mercato e con notevoli differenze regionali e locali di:
 - Tecnologie sanitarie: farmaci, tecnologie diagnostiche, presidi, dispositivi, etc.
 - Beni e servizi non sanitari: lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, utenze telefoniche, etc

Cifre a confronto

Ecco, per alcune voci di spesa per servizi all'interno degli ospedali, i prezzi di riferimento stabiliti dalla Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (Avcp) nel 2012 e dove si sono riscontrati, sulla base di un confronto nazionale, i costi maggiori e quelli invece più bassi

prezzo di riferimento

 prezzo più alto

 prezzo più basso

Pasti giornalieri per paziente con distribuzione a letto



Pasti giornalieri per paziente senza distribuzione a letto



Servizio di lavanderia per paziente, a giornata di degenza (con noleggio)



Servizio di pulizia in aree ad alto rischio (unità di misura 'canone mq mensile')



Servizio di pulizia in aree a medio rischio (unità di misura 'canone mq mensile')



Fonte: Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, 2012

D'ARCO

Tabella I Spesa per beni e servizi non sanitari

Beni e servizi non sanitari	2011*	2012*	2013*	Δ 2012/2011	Δ 2013/2012
Lavanderia e materiali guardaroba	646.310	636.572	613.799	-1,5%	-3,6%
Pulizia	1.248.067	1.266.833	1.233.026	1,5%	-2,7%
Mensa e prodotti alimentari	876.103	870.010	843.694	-0,7%	-3,0%
Smaltimento rifiuti	214.776	218.243	207.441	1,6%	-4,9%
Utenze telefoniche (telefonia e trasmissioni dati)	234.870	213.903	188.443	-8,9%	-11,9%
Utenze elettriche	659.545	764.716	802.128	15,9%	4,9%
Riscaldamento	532.371	598.790	667.433	12,5%	11,5%
Totale spesa per servizi non sanitari	4.412.042	4.569.067	4.555.963	3,6%	-0,3%

* Valori espressi in migliaia di euro. Estrazione effettuata in data 1° ottobre 2014

Fonte: Elaborazione Agenas su dati Nsis - Ministero della salute

Impatto degli sprechi sul SSN

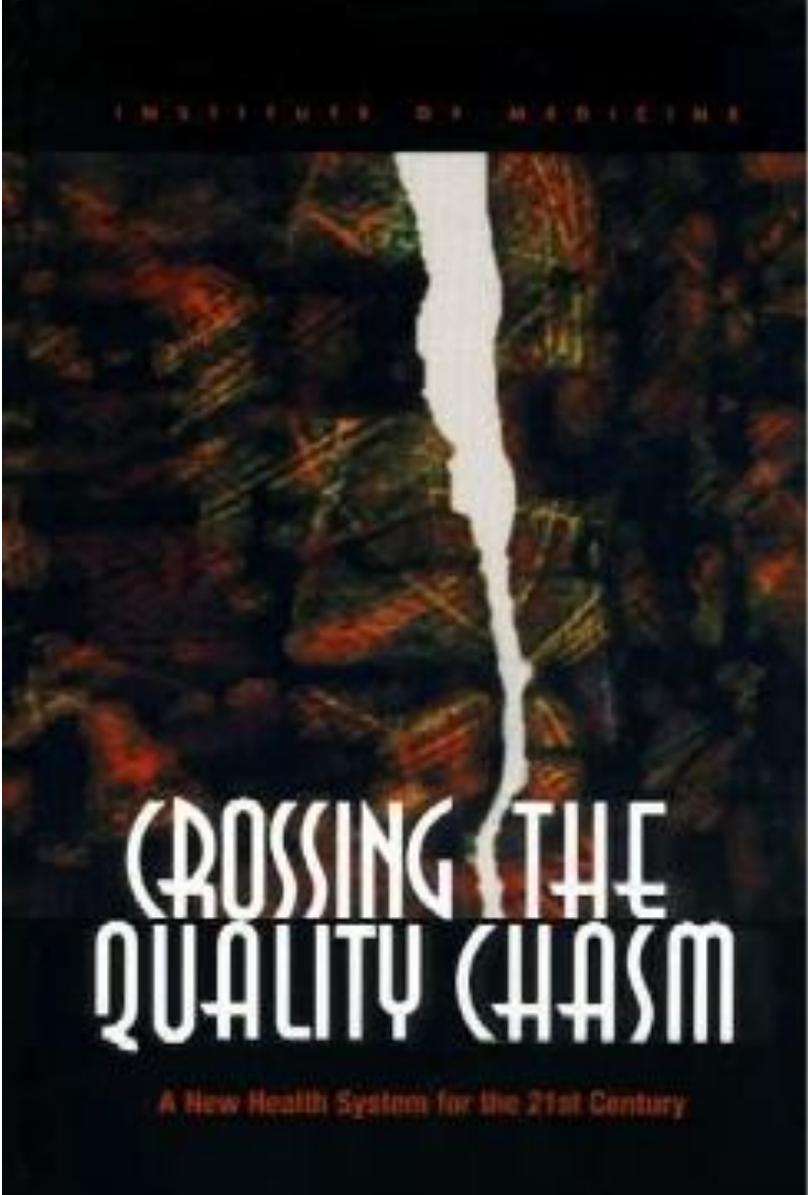
Categoria sprechi	%	Mld*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6.15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 – 4.92)

4. Sotto-utilizzo

- **Categoria:** sotto-utilizzo (*underuse*) di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'*high-value*
- **Descrizione:** mancata prescrizione/erogazione di interventi preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, educazionali, palliativi
 - Efficaci
 - Appropriati
 - Dall'*high value*

Gaps between knowledge and practice





2001: IOM identified 3 types of gaps

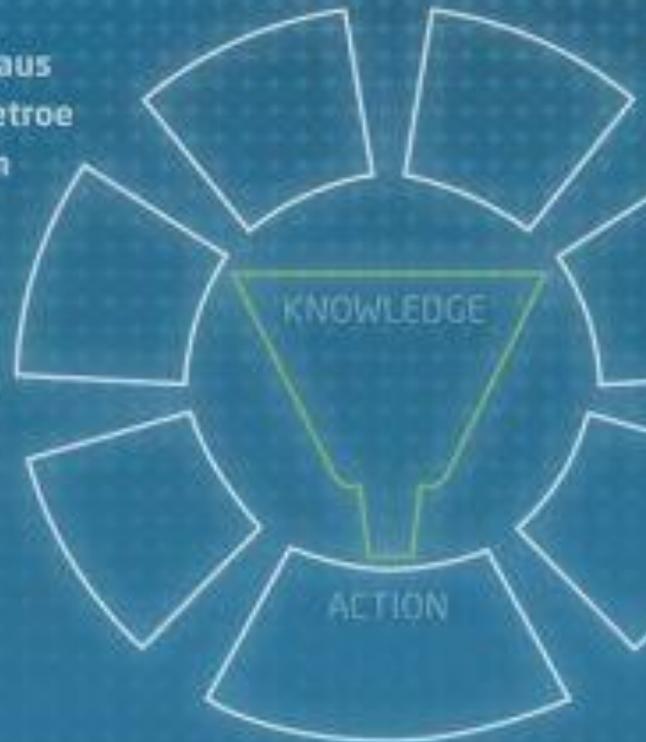
- Overuse
- Underuse
- Misuse

SECOND EDITION

KNOWLEDGE TRANSLATION IN HEALTH CARE

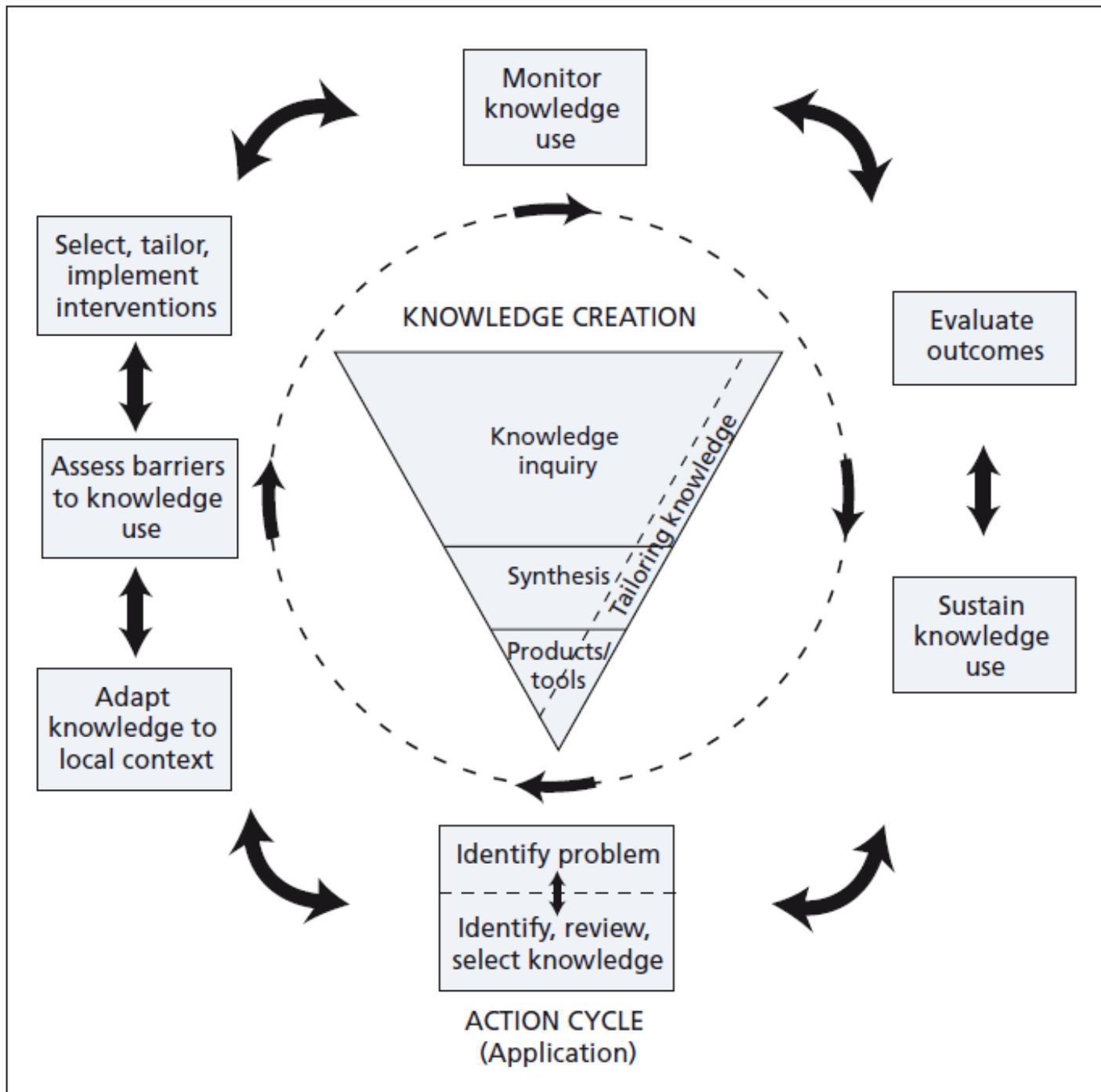
Moving from Evidence to Practice

Edited by
Sharon E. Straus
Jacqueline Tetroe
Ian D. Graham



WILEY Blackwell

BMJ Books



Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	Mld*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6.15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 – 4.92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08	(2,46 – 3,69)

5. Complessità amministrative

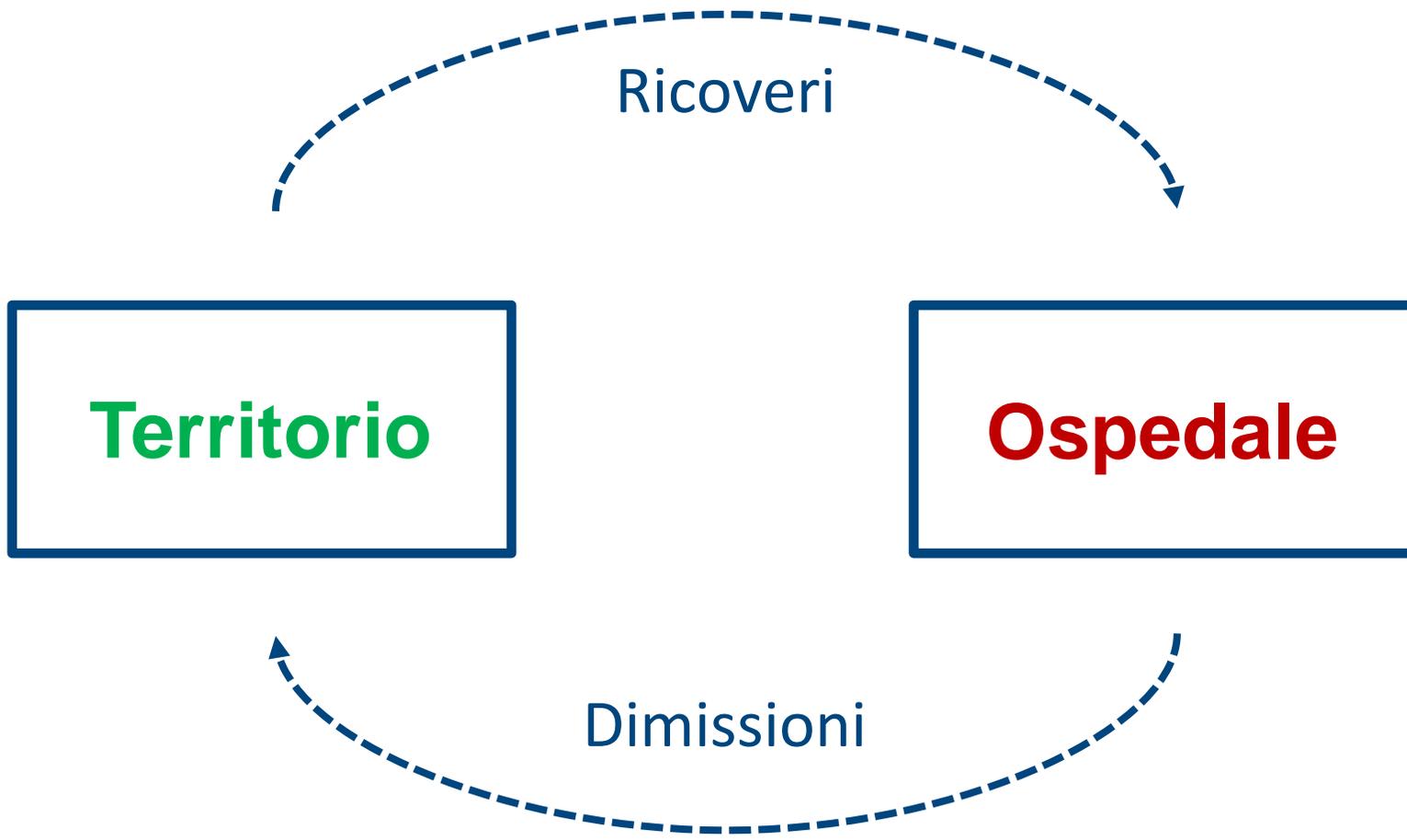
- **Definizione:** tutti i processi che aggiungono costi senza generare *value*
- **Oggetto:** consegue prevalentemente alla ipertrofia del comparto amministrativo e alla limitata diffusione delle tecnologie informatiche in sanità

Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	Mld*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6.15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 – 4.92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08	(2,46 – 3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08	(2,46 – 3,69)

6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

- **Definizione:** coordinamento inadeguato sia tra setting assistenziali differenti, sia tra i vari servizi dello stesso setting ospedaliero o territoriale
- **Oggetto:**
 - Pazienti assistiti in setting assistenziali a eccessivo consumo di risorse, rispetto ai loro bisogni
 - Inefficienze organizzative intraziendali e interaziendali per mancata standardizzazione dei percorsi



Intensità di cura: non solo ospedale

OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA (OIC)

Applicazione del principio dell'intensità di cura esclusivamente alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri

ASSISTENZA SANITARIA PER INTENSITÀ DI CURA (ASIC)

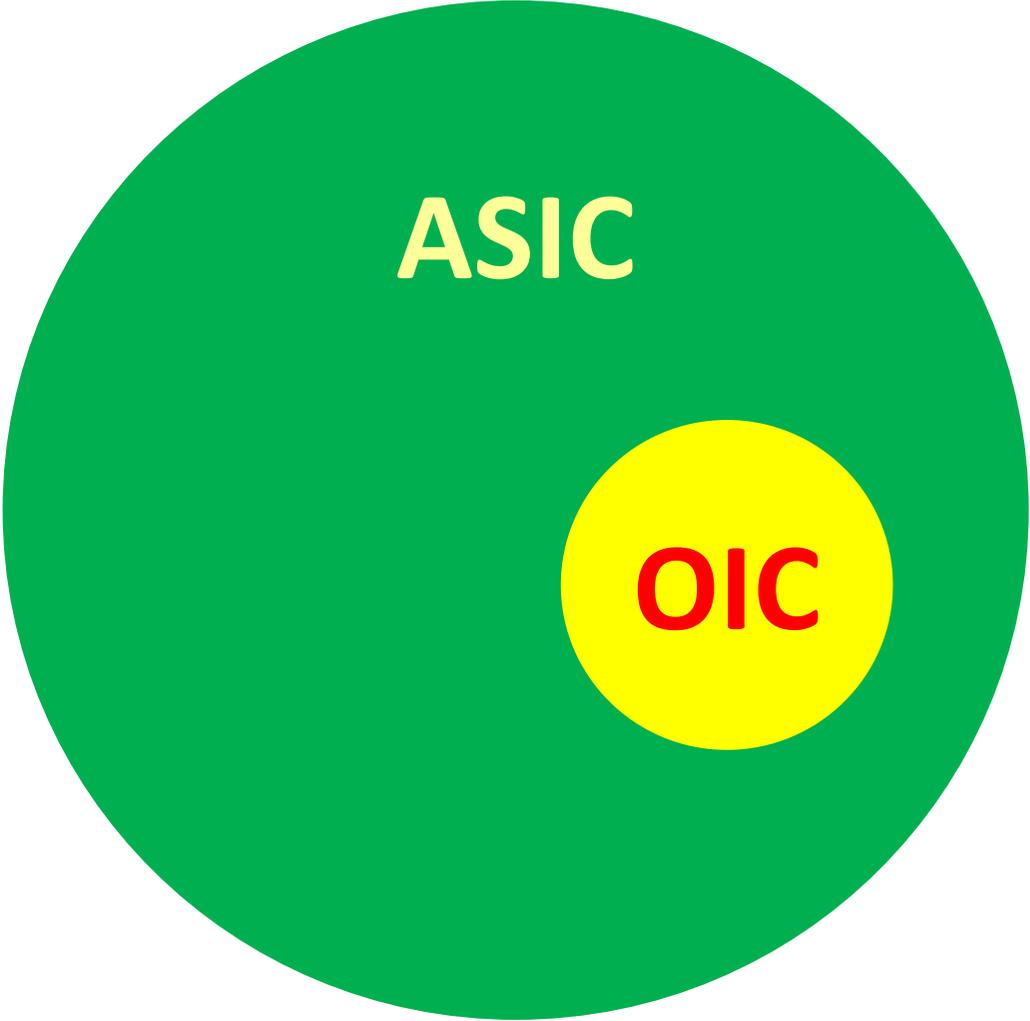
Applicazione del principio dell'intensità di cura alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, attraverso percorsi integrati (inter)aziendali

Ospedale



Territorio





ASIC

OIC

OSPEDALE

- Area critica
- Area degenza
 - Alta intensità
 - Media intensità
 - Bassa intensità
- DEA, PS, OBI
- Week hospital
- Day hospital
- Day/one-day surgery
- Day service
- Ambulatori



TERRITORIO

- Cure intermedie
- Riabilitazione
- RSA
- ADI
- Ospedale a domicilio
- Hospice
- Cure primarie
 - UCCP
 - AFT



Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani

#SalviamoSSN

Art. 17. La dicotomia ospedale-territorio deve essere superata sia con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sia con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

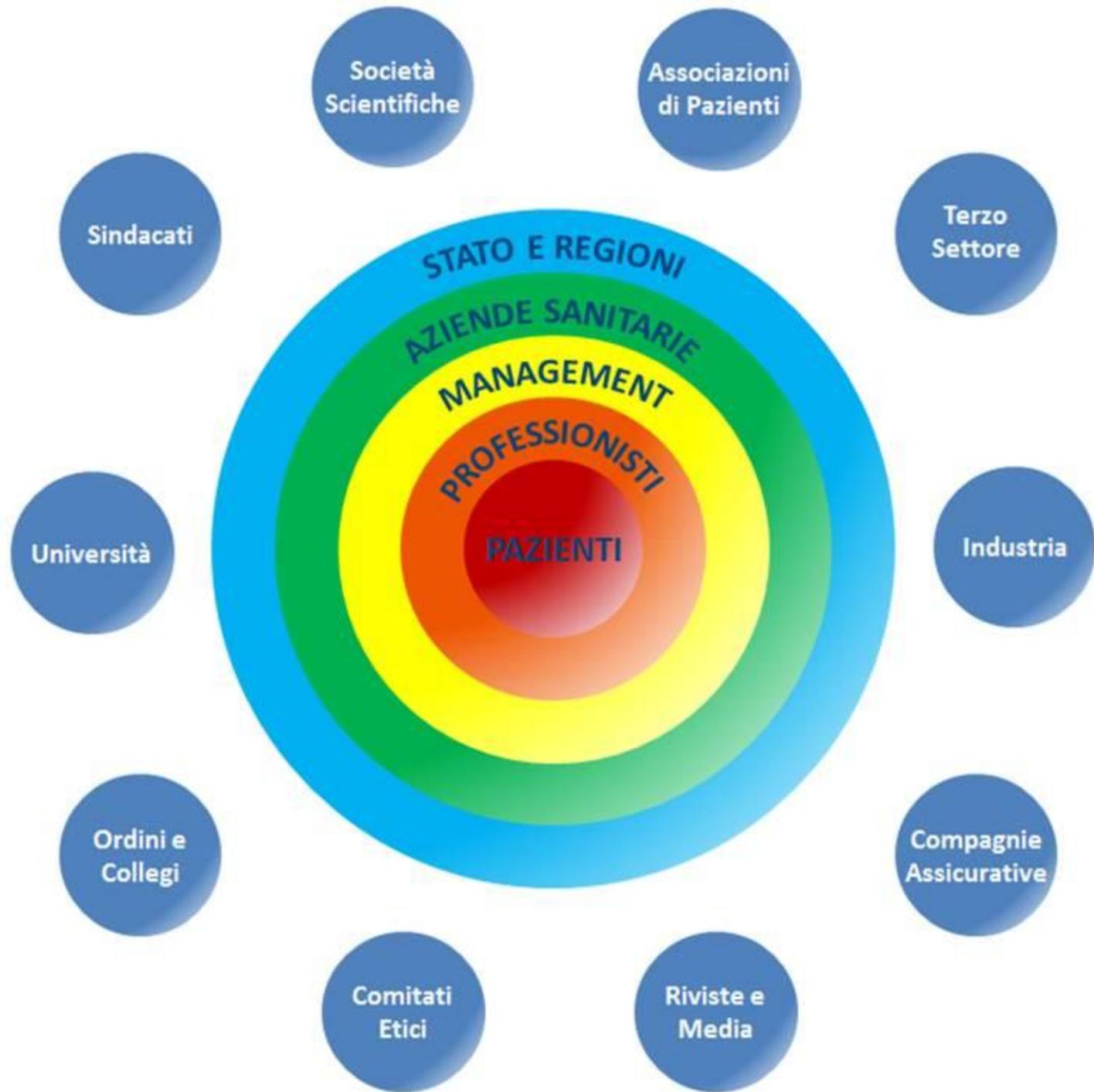
Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	Mld*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6.15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 – 4.92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08	(2,46 – 3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08	(2,46 – 3,69)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10	2,56	(2,05 – 3.08)

*25,64 mld calcolati proiettando la stima di Don Berwick (23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2014

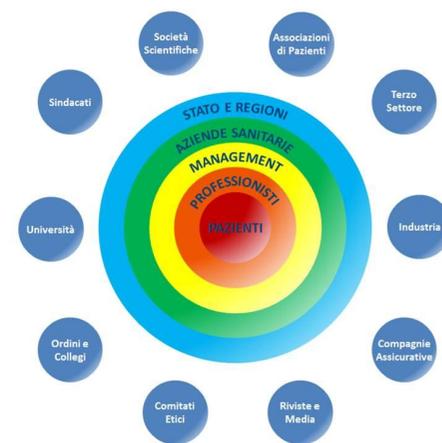
Outline

1. Tagli
2. Sprechi
- 3. Futuro del SSN**



Gli stakeholders nel SSN

Per mantenere un SSN equo e universalistico, gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi stakeholders devono essere riallineati, rimettendo al centro l'obiettivo assegnato al SSN dalla legge 833/78 che lo ha istituito





**“promuovere,
mantenere,
e recuperare
la salute fisica e psichica
di tutta la popolazione”**

L'ACCORDO DI LUGLIO ALLA PROVA DELLA LEGGE DI STABILITÀ

Quell'instabile equilibrio del Patto per la salute

Spending e lotta agli sprechi possibili solo collaborando lealmente

Nino Cartabellotta
presidente Fondazione Gimbe



Considerato che...

- ...i “risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie”.
- ...le performance delle Aziende Sanitarie, in termini di erogazione dei LEA e di equilibrio finanziario, contribuiscono al risultato complessivo della propria Regione.
- ... la legge di Stabilità ha confermato che "il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali da parte dei direttori generali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN e comporta la loro decadenza automatica in caso di inadempimento"...

Le Regioni devono...

- ...avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni)
- ...responsabilizzando e coinvolgendo attivamente in questo processo le Aziende sanitarie e queste, a cascata, i professionisti sanitari e cittadini



14 Mag
2015

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨️

DAL GOVERNO

Nel perenne conflitto tra Stato e Regioni sfuma il rinnovo del «Patto per la salute» e diventa evanescente l'idea di Repubblica

di *Nino Cartabellotta* (presidente Fondazione Gimbe)



Se eliminiamo gli sprechi come facciamo a gestire le clientele?

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it