

# 10<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE

Aumentare il value e ridurre gli sprechi in sanità

*Bologna, 27 marzo 2015*

**DISINVESTIRE E RIALLOCARE**  
**combinazione vincente per**  
**salvare la Sanità pubblica**

**Nino Cartabellotta**

# Outline

1. Salviamo SSN 2 anni dopo
2. Risorse finanziarie per il SSN
3. Framework GIMBE
4. Conclusioni

# Outline

- 1. Salviamo SSN 2 anni dopo**
2. Risorse finanziarie per il SSN
3. Framework GIMBE
4. Conclusioni

# 8<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE

Evidence, Governance, Performance

*Bologna, 15 marzo 2013*

## **Il diritto alla Salute tra tagli e riforme E' possibile salvare il SSN?**

**Nino Cartabellotta**

Fondazione GIMBE

# SALVIAMO IL NOSTRO SSN



[www.salviamo-SSN.it](http://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 rendere 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](http://www.salviamo-SSN.it)

**Dona**  
[www.gimbe.org/dona](http://www.gimbe.org/dona)


Home . Salute . **Sanità**



📄 SANITÀ

# A rischio il diritto alla salute, una Carta per raddrizzare la rotta del Ssn

Dalla Fondazione Gimbe un documento per la tutela del benessere dei cittadini

**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. Salviamo SSN 2 anni dopo
- 2. Risorse finanziarie per il SSN**
3. Framework GIMBE
4. Conclusioni

## 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+](#) 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».

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

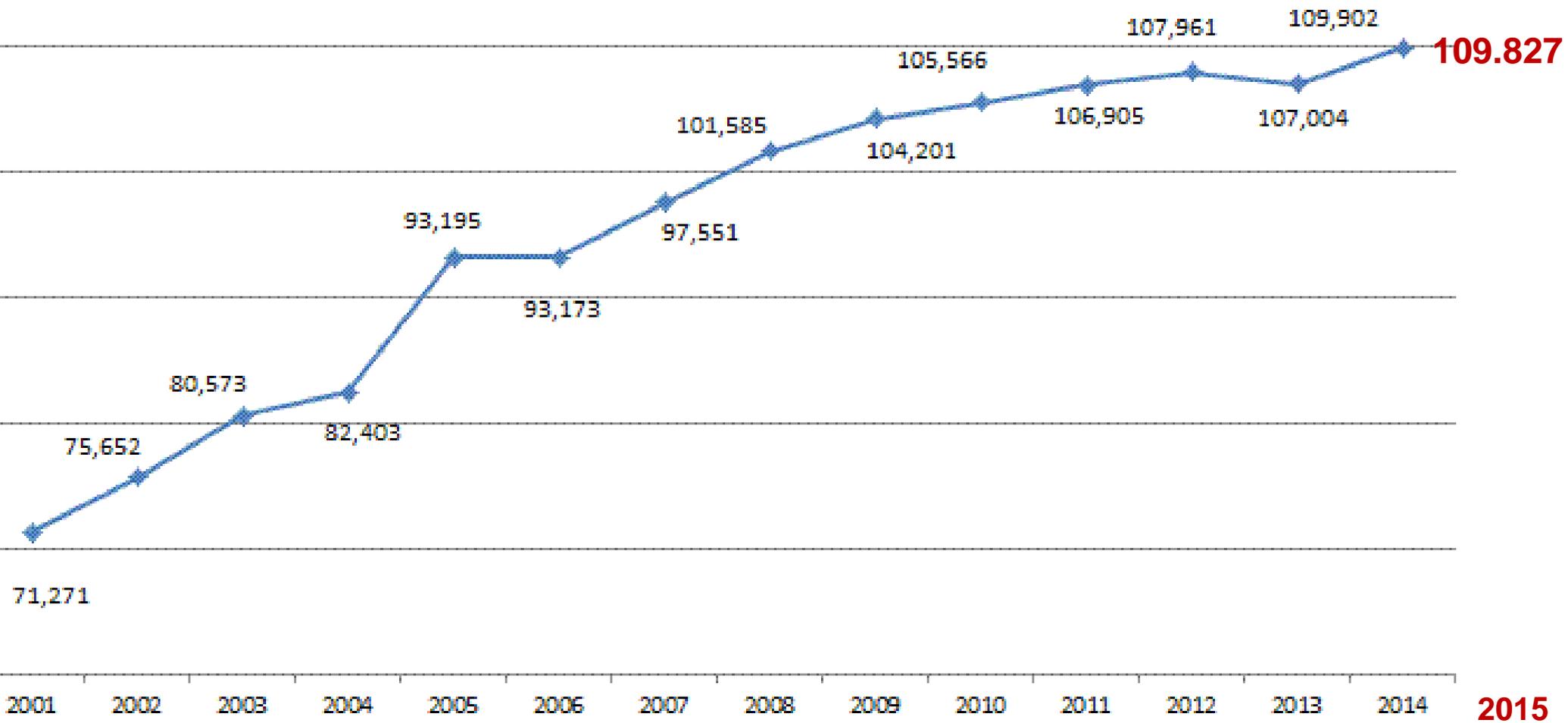
DAL GOVERNO

## 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





# *Ministero della Salute*

**REVISIONE OCSE SULLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA**

***15 gennaio 2015***

# 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



# *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*



DAL GOVERNO

## Patto per la salute 2014-16: ecco il cronoprogramma degli adempimenti

5 settembre 2014 Cronologia articolo

[Tweet](#) 0[Recommend](#) 35[g+1](#) 0

Sono oltre 100 gli adempimenti previsti dal Patto per la salute 2014-16 dalle linee guida per la mobilità transfrontaliera, entro il prossimo 31 ottobre, all'aggiornamento dei Lea entro dicembre. Dal programma annuale di umanizzazione delle cure alla definizione dei requisiti per gli ospedali di comunità. Una serie di partite aperte da seguire passo dopo passo.

A fornire una sintesi della tabella di marcia, il Settore "Salute e politiche sociali" della Segreteria della Conferenza delle Regioni

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

## I provvedimenti in attuazione per gli anni 2014-2016

Provvedimento	Iter per l'attuazione	Scadenza in ordine temporale
1. Revisione criteri di riparto finanziamento del Ssn - Art. 1, c. 2	Conferenza delle Regioni e delle Pa	31/7/2014
2. Patto Sanità digitale - Art. 15	Governo e Regioni	30 giorni dalla stipula del patto - 10/8/2014
3. Linee guida assistenza sanitaria negli istituti penitenziari - Art. 7	Conferenza unificata	30/9/2014
4. Linee guida utilizzo dati - Repertorio dispositivi medici - Art. 24	Accordo Stato-Regioni	1/10/2014
5. Revisione di compiti, composizione e modalità di funzionamento cabina di regia Nsis - Art. 16	Accordo quadro Stato-Regioni	90 giorni dalla stipula del Patto - 10/10/2014
6. Forme premiali - Definizione di ulteriori criteri condivisi - Decreto del Mef di concerto con il ministro della Salute - Art. 1, c. 9	Intesa Stato-Regioni	31/10/2014
7. Linee guida - Mobilità sanitaria transfrontaliera - Art. 2	Intesa Stato-Regioni	31/10/2014
8. Realizzazione continuità assistenziale ospedale-territorio - Art. 3	Intesa Stato-Regioni	31/10/2014
9. Definizione requisiti minimi presidi territoriali/ospedali di comunità - Art. 5, c. 17	Intesa Stato-Regioni	31/10/2014
10. Istituzione tavolo politico che deve concludere i lavori per la definizione di una legge delega in ordine a diverse questioni legate alle risorse umane del Ssn - Art. 22, c. 4		31/10/2014
11. Revisione della disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni - Art. 8	Gruppo di lavoro misto coordinato dal ministero della Salute	30/11/2014
12. Dpcm aggiornamento Lea - Art. 1, c. 3	Intesa Stato-Regioni	31/12/2014
13. Documento di proposte del ministero Salute su sistema valutazione, qualità delle cure e uniformità assistenza - Art. 1, c. 8	Intesa Stato-Regioni	31/12/2014
14. Proposte per eventuale modifica o integrazione delle norme sul ricorso all'assistenza sanitaria all'estero elaborate da un gruppo di lavoro ministero Salute/Agenas e Regioni - Art. 2, c. 2	Approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni	31/12/2014
15. Decreto del ministro della Salute, di concerto con il Mef su indicatori monitoraggio Lea - Art. 10, c. 7	Intesa Stato-Regioni	31/12/2014
16. Programma triennale per rivedere l'attuale normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazione degli ambienti - Art. 14, c. 3	Intesa Stato-Regioni	31/12/2014
17. Piano nazionale della cronicità - Proposta del min. Sal. - Art. 5, c. 21	Accordo Stato-Regioni	31/12/2014
18. Istituzione osservatorio assistenza sanitaria nelle isole minori - Art. 5, c. 23	Accordo Stato-Regioni	31/12/2014
19. Documento di indirizzo appropriatezza riabilitativa - Art. 3, c. 3		Entro 6 mesi dalla stipula del Patto - 10/1/2015
20. Riordino Izs - Art. 18, c. 1	Regioni	6 mesi dalla stipula del Patto - 10/1/2015
21. Testo unico disposizioni Piani di rientro - Art. 12, c. 9		31/3/2015

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».

## *Revisione dei Livelli essenziali di assistenza 2015*

---

*Gennaio 2015*



*Ministero della Salute*

## ***IMPATTO COMPLESSIVO***

<i>LIVELLO DI ASSISTENZA</i>	<i>IMPATTO NETTO (€/MLN)</i>
<b>ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA</b>	<b>68,00</b>
Attività di prevenzione rivolta alle persone	68,00
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>	<b>390,50</b>
Specialistica ambulatoriale	256,80
Assistenza Integrativa e Protesica	127,70
Particolari categorie	6,00
Area Socio Sanitaria	0,00
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	<b>-44,50</b>
<b>TOTALE IMPATTO</b>	<b>414,00</b>



3-9 marzo 2015



ANGOLO DI PENNA

# L'insostenibile ebbrezza dei nuovi Lea

di Nino Cartabellotta \*



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

DAL GOVERNO

## Chiamparino: «Tagli 2015 alla sanità sono congiunturali, subito al via le trattative per adeguare il Fondo sanitario nella prossima Stabilità»

25 marzo 2015 Cronologia articolo

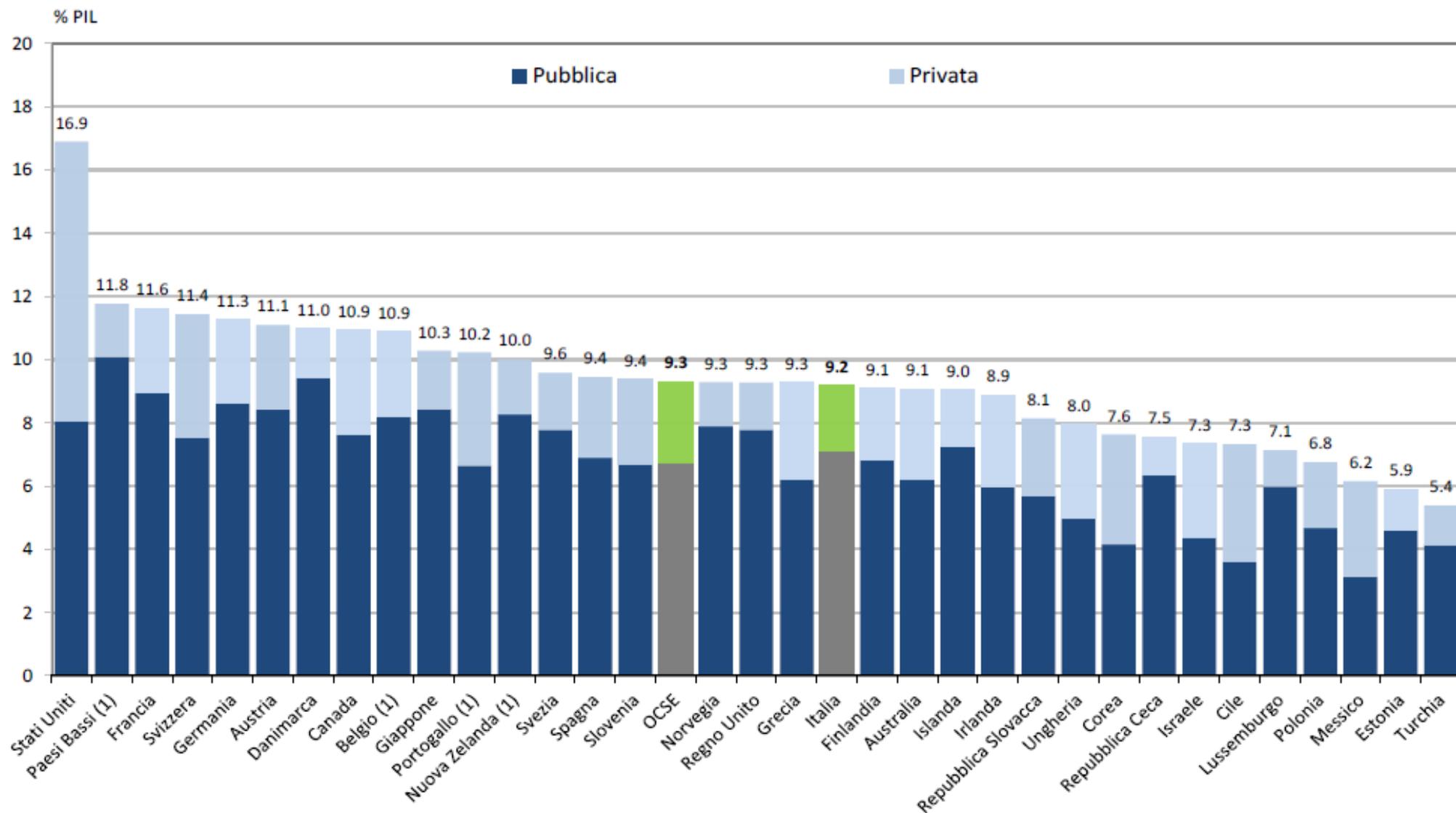
[Tweet](#) 1[Recommend](#) 2[g+](#) 0

Le Regioni ci tengono a sgomberare il campo da equivoci: il Fondo sanitario nazionale è sottostimato di almeno 18 miliardi rispetto alla media degli altri Paesi Ocse e di circa 30mld rispetto a Francia e Germania. Per questo - hanno spiegato in audizione alla commissione Igiene e Sanità del Senato Massimo Garavaglia e Luigi Marroni, rispettivamente coordinatore della commissione Affari e Finanza della Conferenza delle Regioni e assessore alla Sanità della Toscana - «è fondamentale continuare a garantire, con le misure che sono previste nel Patto, l'universalità del nostro Ssn che

# Outline

1. Salviamo SSN 2 anni dopo
2. Risorse finanziarie per il SSN
- 3. Framework GIMBE**
4. Conclusioni

## 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

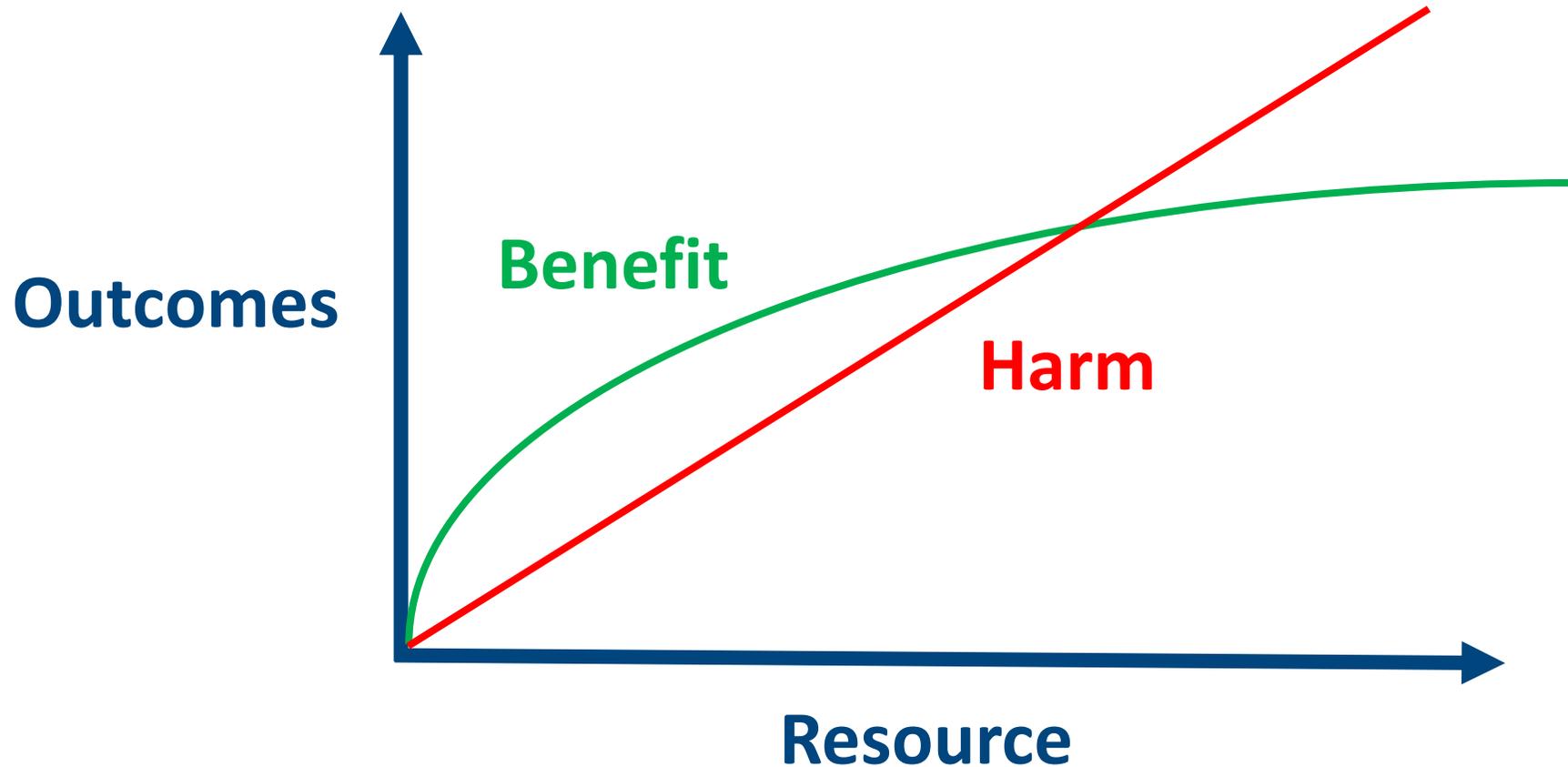
### A Systematic Review

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.

# The law of diminishing returns



*Donabedian A, 1980*

## Tavola 1 - La spesa sanitaria nel 2014: la previsione del DEF

	2013	2014
	in milioni	
Beni e servizi prodotti da produttori market	39.246	40.014
- Farmaci	8.637	8.766
- Assistenza medico-generica	6.669	6.676
- Assistenza specialistica, ospedal, integrativa e altra assistenza	23.940	24.572
Servizi prodotti da produttori non market, contribuzioni diverse e servizi amministrativi	70.008	71.461
di cui redditi	36.024	36.054
di cui consumi intermedi	29.270	30.378
altro	4.714	5.029
<b>Uscite totali</b>	<b>109.254</b>	<b>111.475</b>

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati MEF

# 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*



## Prevention

Comportamenti individuali che possono causare problemi di salute e per i quali esistono opportunità di prevenzione



## Clinical care

Sovra-utilizzo (*overuse*), cattivo utilizzo (*misuse*) e sotto-utilizzo (*underuse*) di interventi sanitari



## Operational

Processi non clinici (organizzativi, amministrativi, etc) che aggiungono costi senza generare *value*

# Toyota → Lean Management

- Over-processing
- Over-production
- Excessive motion
- Material transportation
- Waiting time
- Bad inventory management
- Defective products
- Intellectual waste



# BMJ Open Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews

Hege Andersen,<sup>1,2</sup> Kjell Arne Røvik,<sup>2</sup> Tor Ingebrigtsen<sup>1,3,4</sup>

*BMJ Open* 2014;**4**:e003873.

- Le evidenze disponibili documentano che il lean management aumenta la produttività, senza impatto sugli esiti assistenziali
- E' possibile che l'aumento della produttività non riguarda servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate?



**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...



- |  |     |
|--|-----|
| 1. Sovra-utilizzo interventi sanitari inefficaci/inappropriati | 26% |
| 2. Frodi e abusi   | 21% |
| 3. Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi           | 19% |
| 4. Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci/appropriati      | 12% |
| 5. Complessità amministrative                                  | 12% |
| 6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza                    | 10% |

**...oltre il 20% della spesa sanitaria**

# Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	mld €*
1. Sovrautilizzo interventi sanitari inefficaci/inappropriati	5,72
2. Frodi e abusi	4,62
3. Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	4,18
4. Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci/appropriati	2,64
5. Complessità amministrative	2,64
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	2,20

\*22 mld/anno calcolati proiettando la stima di Don Berwick (20% della spesa sanitaria) sui 110 miliardi di euro di finanziamento pubblico in Italia

# Framework GIMBE per il disinvestimento



# 2014→2015

- Diffusione e condivisione della tassonomia degli sprechi
- Adattamento e definizione analitica delle 6 categorie di sprechi, integrando altre tassonomie
- Valutazione e integrazione di stime reali su alcune categorie di sprechi nel SSN e conseguente rimodulazione
  - dell'impatto % delle singole categorie di sprechi
  - dell'impatto totale degli sprechi sul finanziamento pubblico:  
20% → 23%
- Identificazione preliminare degli strumenti per ridurre gli sprechi
- *Identificazione degli stakeholders da coinvolgere (in progress)*

# 1. Sovra-utilizzo

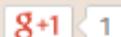
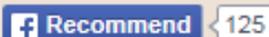
- **Categoria:** sovra-utilizzo (*overuse*) di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low-value*
- **Descrizione:** prescrizione/erogazione di interventi preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, educazionali, palliativi
  - Inefficaci
  - Inappropriati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

ANSA > Salute e Benessere > Sanità > Lorenzin, 13 mld in esami inutili, norme per evitarli

## Lorenzin, 13 mld in esami inutili, norme per evitarli

Forum nella sede centrale dell'Ansa

13 marzo, 16:48

g+1 2

Tweet 28

Consiglia 258

[Indietro](#) [Stampa](#) [Invia](#) [Scrivi alla redazione](#) [Suggerisci \(\)](#)



1 di 16



# Medicina difensiva. Ci costa 10 mld l'anno. La pratica almeno una volta al mese quasi l'80% dei medici. Il report del Ministero della Salute

***Per 4 medici su 5 la paura di essere denunciati è la ragione principale della prescrizione inutile e per il 93% il fenomeno è destinato ad aumentare. Farmaci, visite, esami e ricoveri che non servono ci costano quasi un punto di Pil. Le azioni del Ministero. “Rivedere normativa e analisi sulle best practice”. [IL REPORT](#)***



**26 MAR** - Farmaci, visite, esami e ricoveri inutili ci costano 10 miliardi l'anno. Ma i medici le prescrivono perché hanno paura delle denunce. In occasione della presentazione della nuova Commissione consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, il Ministero della Salute ha raccolto in un documento i numeri e le ragioni di un fenomeno in costante aumento.

“In assenza di stime affidabili – si legge - sui costi della medicina difensiva “negativa”, si valuta che solo quella c.d. “positiva” (surplus di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del rischio di contenzioso) valga annualmente 10 miliardi di Euro, pari allo 0,75% del Prodotto Interno Lordo”. A

livello di spesa la cifra incide sul 10,5% totale della spesa sanitaria. Le voci di costi impropri più significative riguardano: farmaci: 1,9% della spesa; visite 1,7%; esami di laboratorio 0,7%; esami strumentali 0,8% e ricoveri 4,6%

---

# MEDICINA DIFENSIVA



*Ministero della Salute*

In assenza di stime affidabili sui costi della medicina difensiva “negativa”, si valuta che solo quella c.d. “positiva” (*surplus* di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del rischio di contenzioso) valga annualmente

**10 miliardi di Euro\***

pari allo 0,75% del Prodotto Interno Lordo.

\* Fonte Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari

Le **ripercussioni** in termini economici per il **SSN** nel suo complesso **sono molto rilevanti.**

Sebbene il costo della **MD** non sia facilmente quantificabile (considerando le numerose voci che lo compongono) secondo stime recenti di AgeNaS, nel nostro Paese esso si aggirerebbe intorno al **10% della spesa sanitaria complessiva**, pari a circa **9-10 miliardi di euro l'anno**

## Stima dei costi della MD per settori rispetto alla spesa totale

Settore	% sulla spesa totale
Farmaceutica	14
Esami strumentali	25
Esami di laboratorio	23
Visite specialistiche	11

## Stima dell'impatto Economico della MD

Generale in €	<b>9-10 miliardi</b>
Generale in % sulla spesa sanitaria	<b>10,5%</b>
Generale in € sulla spesa sanitaria pro capite (1847 €)	<b>165 €</b>

*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*<sup>1</sup>, Ray Moynihan *senior research fellow*<sup>1</sup>, Tessa Richards *analysis editor*<sup>2</sup>,  
Fiona Godlee *editor in chief*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bond University, Robina, QLD 4226, Australia; <sup>2</sup>BMJ, 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



*The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Perspective  
MAY 24, 2012

## From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance

Howard Brody, M.D., Ph.D.

# Why the Ethics of Parsimonious Medicine Is Not the Ethics of Rationing

---

Jon C. Tilburt, MD

---

Christine K. Cassel, MD

---

JAMA, February 27, 2013—Vol 309, No. 8



# 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:
  - sovrapposizioni
  - 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”.

## 2. Frodi e abusi

- **Stati Uniti:** 5- 10% della spesa sanitaria pubblica
- **Rete europea contro le frodi e corruzioni:** 5,6% del budget della sanità le risorse assorbite da varie forme di illegalità
- **SSN:** 5-6 mld, compatibile con i dati del Dipartimento della Funzione Pubblica del 2013 che stima l'impatto della corruzione in Italia in 60 mld



**ANGOLO DI PENNA**

## **Conflitti di interesse: una mina vagante per la sostenibilità del Sistema sanitario**

di Nino Cartabellotta \*

Il conflitto di interessi mina l'integrità del SSN favorendo la diffusione di interventi sanitari inefficaci e inappropriati e alimentando **numerosi comportamenti opportunistici che solo nei casi più gravi sconfinano in frodi e abusi di rilevanza penale.**



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

**#SalviamoSSN**

**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.

# 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 2 Indicatori per le Aziende ospedaliere

<b>Mensa e prodotti alimentari</b>	Spesa annua/[ $(\text{numero di giornate di degenza pesate}) + (\text{numero di dipendenti} \star (1.500 \text{ ore}) / (8 \text{ ore}) \star 0,3)$ ]
<b>Lavanderia e materiali di guardaroba</b>	Spesa annua/[ $(\text{numero di giornate di degenza pesate}) + (\text{numero di dipendenti sanitari} \star (1.500 \text{ ore}) / (8 \text{ ore}))$ ]
<b>Utenze telefoniche</b>	Spesa annua/numero totale di dipendenti

Fonte: Ministero della Salute

## 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%
<b>Totale spesa per servizi non sanitari</b>	<b>4.412.042</b>	<b>4.569.067</b>	<b>4.555.963</b>	<b>3,6%</b>	<b>-0,3%</b>

\* Valori espressi in migliaia di euro. Estrazione effettuata in data 1<sup>o</sup> ottobre 2014

Fonte: Elaborazione Agenas su dati Nsis - Ministero della salute

# GLI SPRECHI REGIONE PER REGIONE



	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	
	Quanto valgono le prestazioni ospedaliere (in milioni di euro)	Quanto è stato speso per realizzarle (in milioni di euro)	Quota di inefficienza (in milioni di euro): differenza tra B e A	% di inefficienza sui costi totali
Piemonte	<b>2.407,3</b>	<b>3.345,2</b>	<b>937,9</b>	<b>28,0</b>
Lombardia	<b>4.263,7</b>	<b>5.285,6</b>	<b>1.021,8</b>	<b>19,3</b>
Veneto	<b>3.193,9</b>	<b>3.858,8</b>	<b>664,9</b>	<b>17,2</b>
Liguria	<b>1.083,3</b>	<b>1.436,5</b>	<b>353,3</b>	<b>24,6</b>
Emilia Romagna	<b>2.989,2</b>	<b>3.900,0</b>	<b>910,8</b>	<b>23,4</b>
<b>Media 5 Regioni del Nord</b>	<b>2.787,5</b>	<b>2.339,3</b>	<b>536,9</b>	<b>21,8</b>
Toscana	<b>1.802,4</b>	<b>2.339,3</b>	<b>536,9</b>	<b>23,0</b>
Umbria	<b>639,8</b>	<b>827,5</b>	<b>187,7</b>	<b>22,7</b>
Marche	<b>1.046,5</b>	<b>1.443,1</b>	<b>396,6</b>	<b>27,5</b>
Lazio	<b>2.698,6</b>	<b>4.598,9</b>	<b>1.900,3</b>	<b>41,3</b>
<b>Media 4 Regioni del Centro</b>	<b>1.546,8</b>	<b>2.302,2</b>	<b>755,4</b>	<b>32,8</b>
Abruzzo	<b>993,8</b>	<b>1.372,5</b>	<b>378,8</b>	<b>27,6</b>
Molise	<b>218,4</b>	<b>321,3</b>	<b>102,9</b>	<b>32,0</b>
Campania	<b>1.829,4</b>	<b>3.136,1</b>	<b>1.306,7</b>	<b>41,7</b>
Puglia	<b>1.689,5</b>	<b>2.252,4</b>	<b>562,9</b>	<b>25,0</b>

Regioni	Spesa effettiva	Spesa standardizzata	delta %
Piemonte	8.522.707	8.218.150	-3,57%
Valle d'Aosta	284.311	225.064	-20,84%
Lombardia	16.960.356	16.945.464	-0,09%
P. A. Bolzano	1.109.253	808.688	-27,10%
P. A. Trento	1.079.192	902.673	-16,36%
Veneto	8.817.601	8.518.764	-3,39%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	-3,08%
Liguria	3.329.996	3.291.155	-1,17%
Emilia Romagna	8.101.115	8.129.969	0,36%
Toscana	6.938.500	7.024.515	1,24%
Umbria	1.610.768	1.674.834	3,98%
Marche	2.837.457	2.900.681	2,23%
Lazio	11.235.677	9.721.172	-13,48%
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	-1,47%
Molise	647.486	587.505	-9,26%
Campania	10.476.600	9.013.553	-13,96%
Puglia	7.362.098	6.709.137	-8,87%
Basilicata	1.078.244	1.015.597	-5,81%
Calabria	3.728.862	3.374.685	-9,50%
Sicilia	8.718.556	8.329.419	-4,46%
Sardegna	3.112.487	2.848.337	-8,49%
<b>ITALIA</b>	<b>110.820.460</b>	<b>104.998.029</b>	<b>-5,25%</b>

# Impatto degli sprechi sul SSN

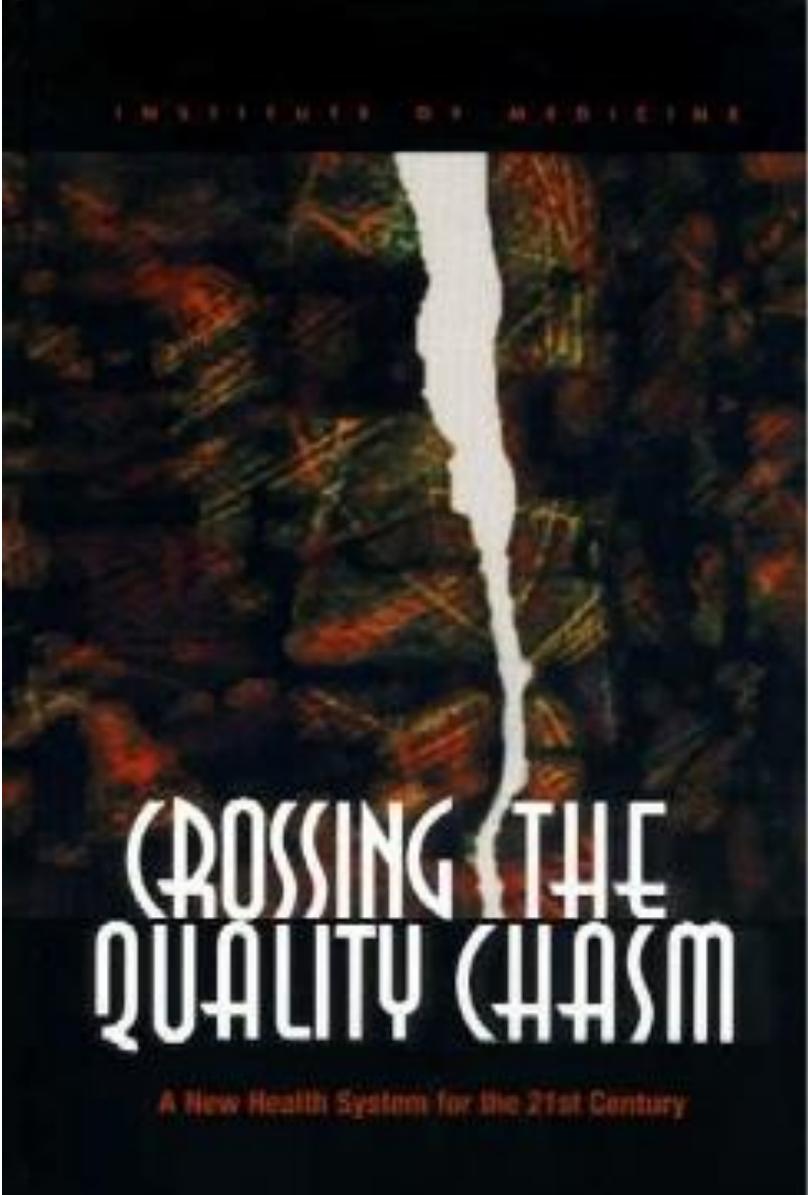
Categoria sprechi	%	Mld*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6.15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 – 4.92)

## 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

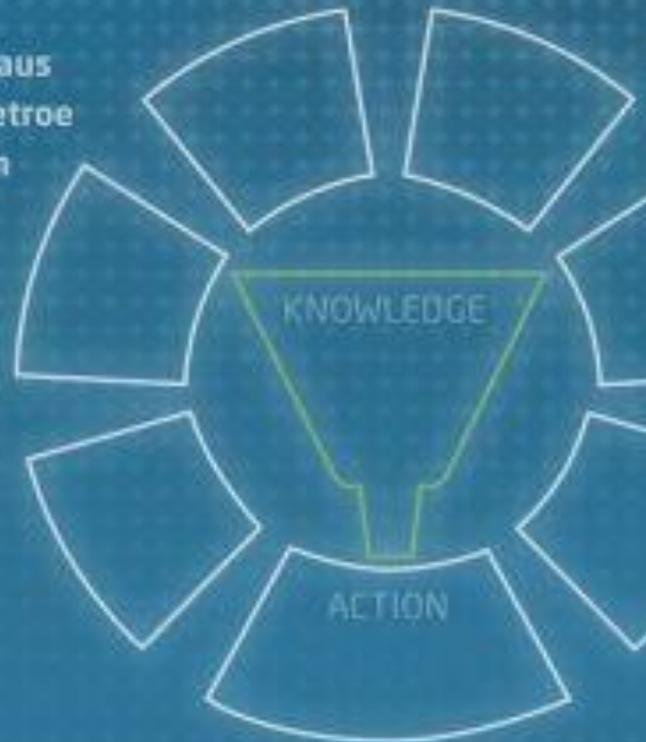
- Overuse
- Underuse
- Misuse

SECOND EDITION

# KNOWLEDGE TRANSLATION IN HEALTH CARE

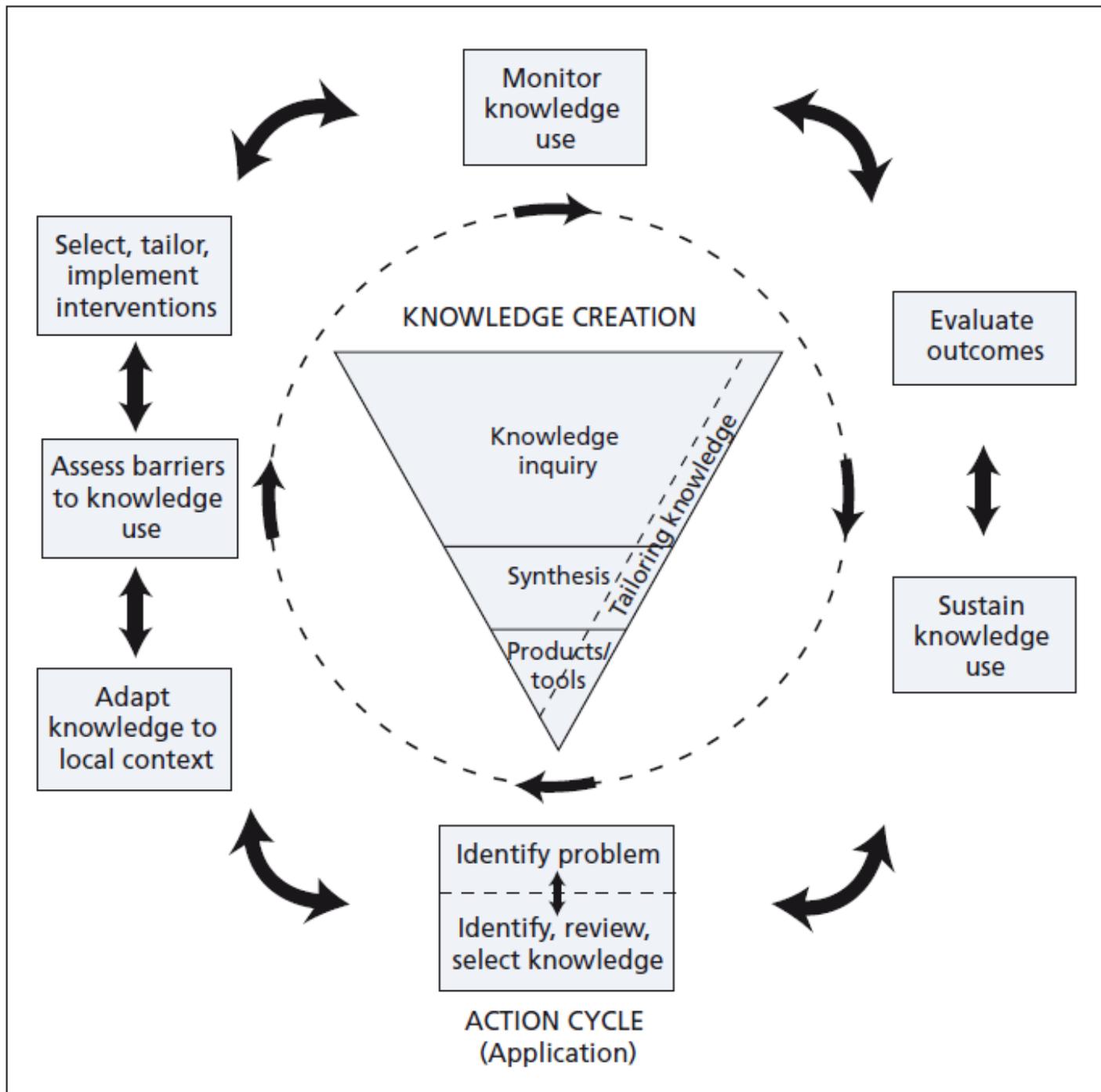
*Moving from Evidence to Practice*

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)
<b>4. Sotto-utilizzo</b>	<b>12</b>	<b>3,08</b>	<b>(2,46 – 3,69)</b>

# 5. Complessita amministrative

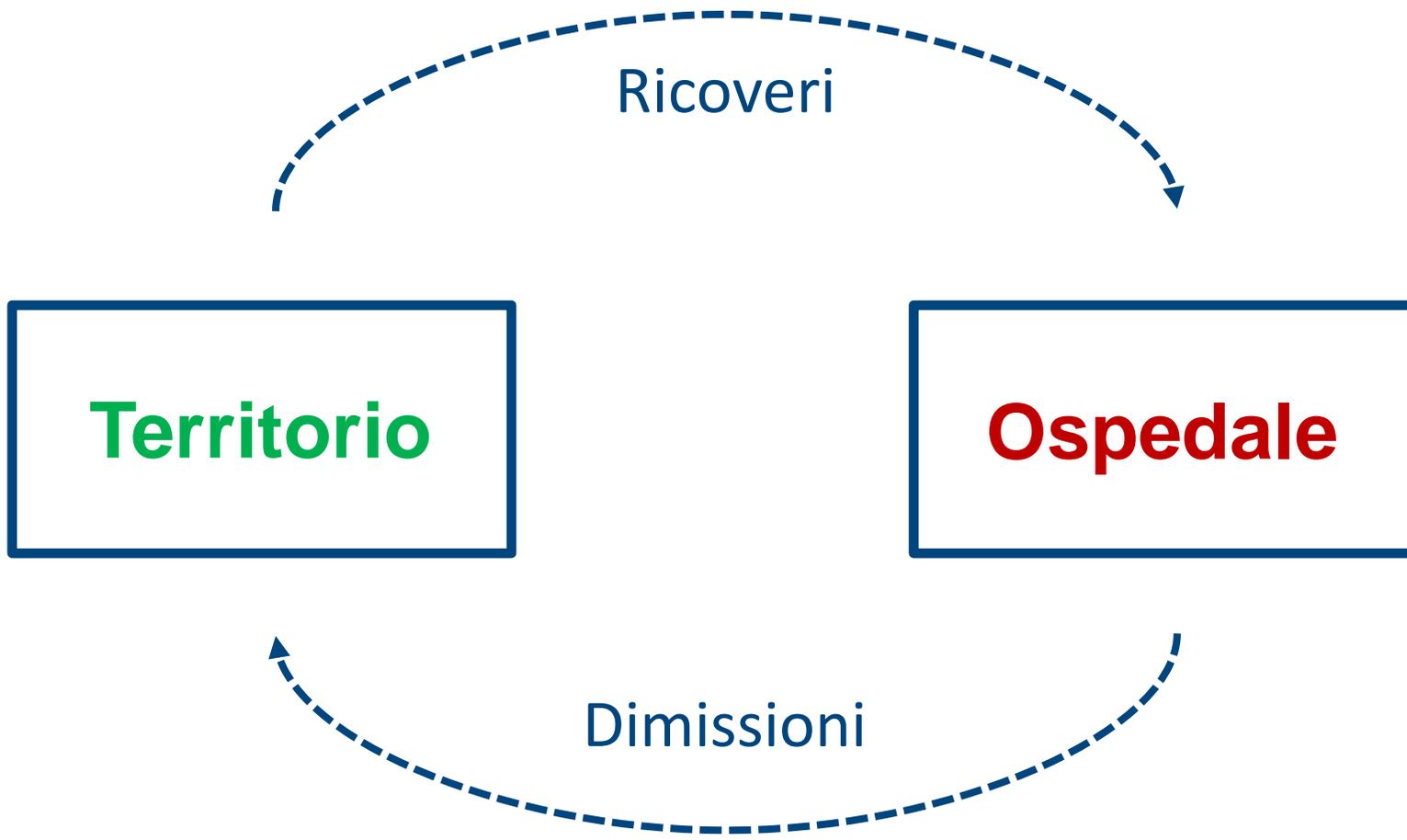
- **Definizione:** tutti i processi che aggiungono costi senza generare *value*
- **Oggetto:** consegue prevalentemente alla ipertrofia del comparto amministrativo e alla limitata diffusione delle tecnologie informatiche in sanità

# 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)
<b>5. Complessità amministrative</b>	<b>12</b>	<b>3,08</b>	<b>(2,46 – 3,69)</b>

# 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 ad 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)

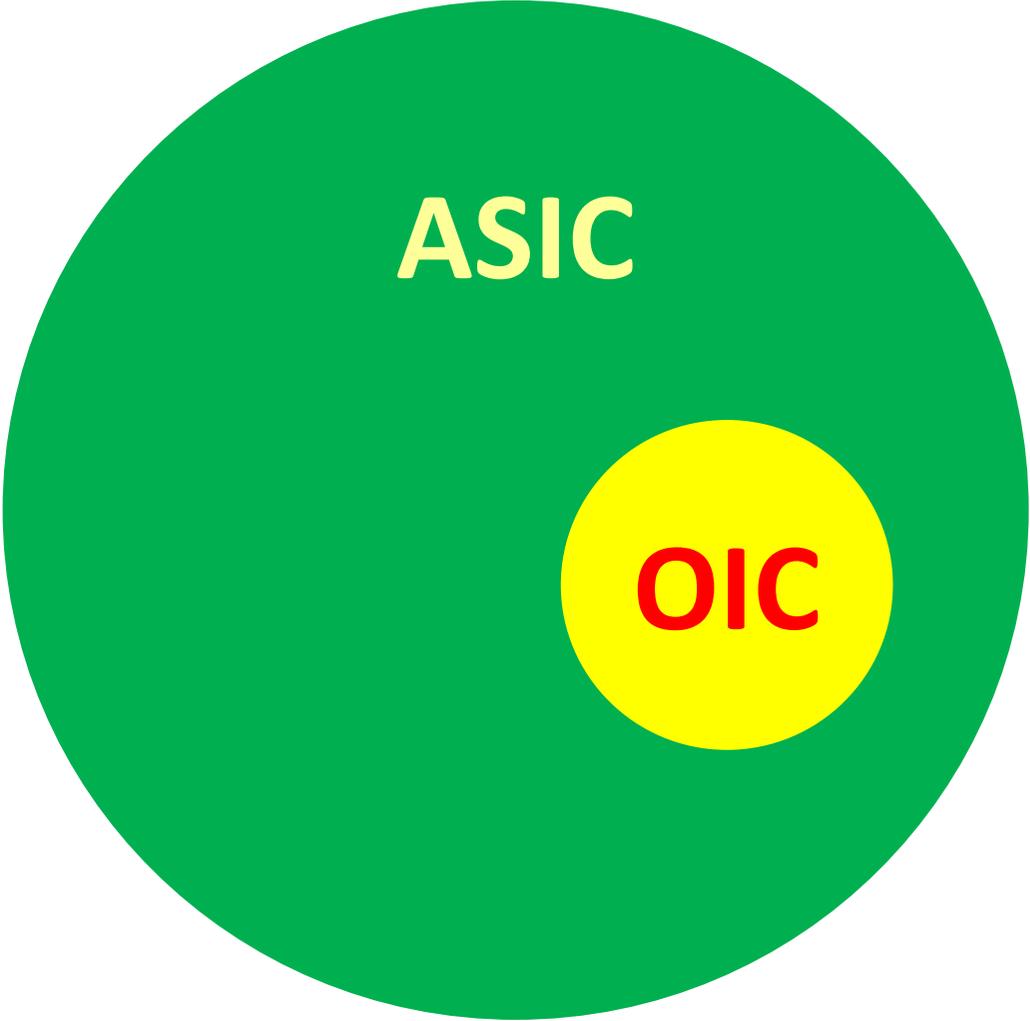
Applicazione del principio dell'intensità di cura alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, attraverso percorsi integrati (inter)aziendali

Ospedale



Territorio



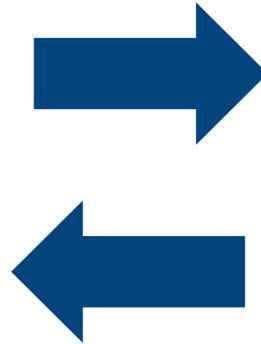


**ASIC**

**OIC**

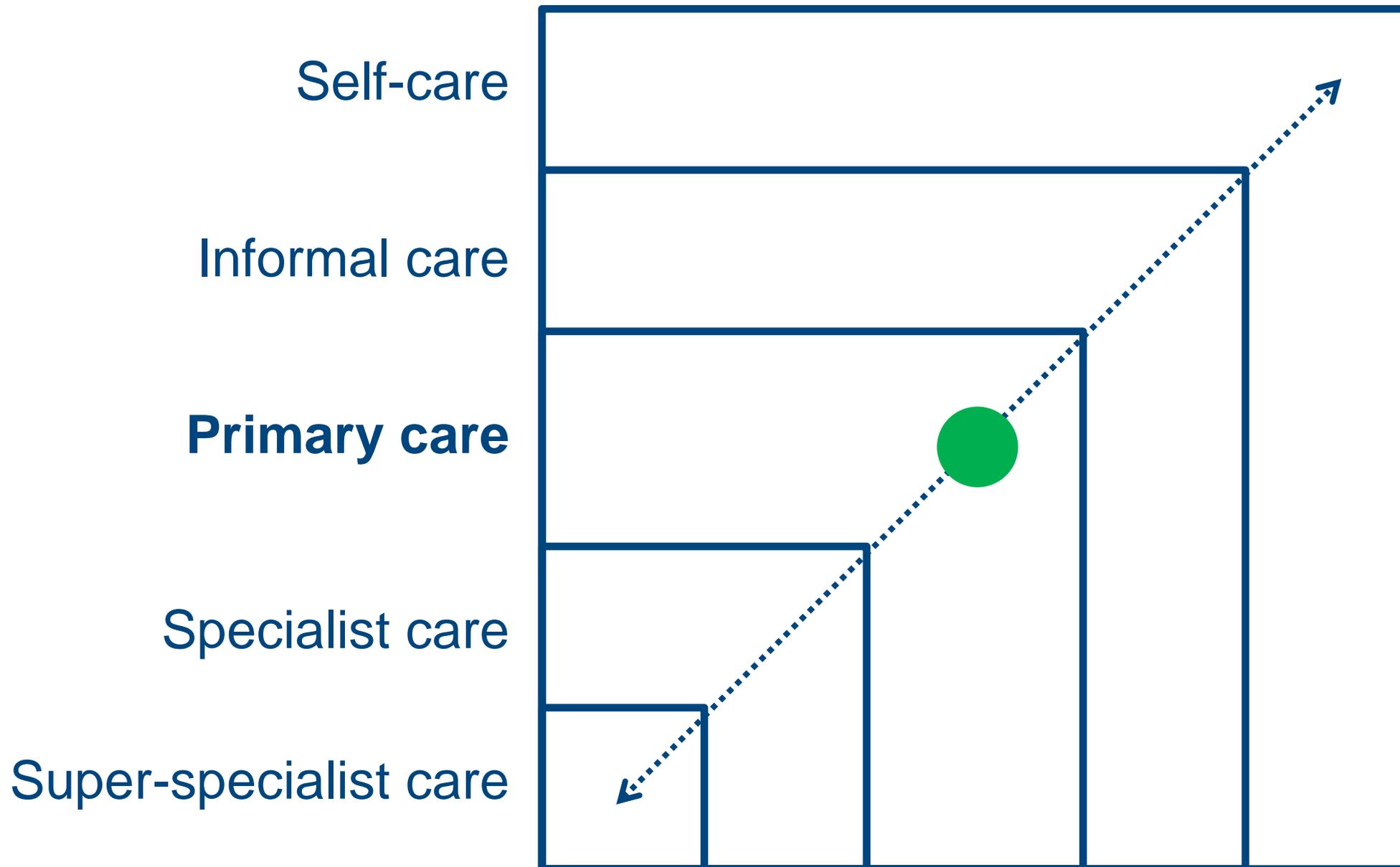
## OSPEDALE

- 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 →  
Ospedale di comunità
- Riabilitazione
- RSA
- Assistenza domiciliare
- Ospedalizzazione a domicilio
- Hospice
- MMG/PLS
- ...
- ...
- ...



# Lean Management

- Over-processing
- Over-production
- Excessive motion
- Material transportation
- Waiting time
- Bad inventory management
- Defective products
- Intellectual waste





# 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.



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

**#SalviamoSSN**

**Art. 16.** La riorganizzazione dei servizi sanitari deve prevedere modelli organizzativi sovra-aziendali per condividere percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali.

# Patto per la Salute 2014-2016

## Art. 3. Assistenza ospedaliera

- Regolamento Standard Ospedalieri

## Art. 5. Assistenza territoriale

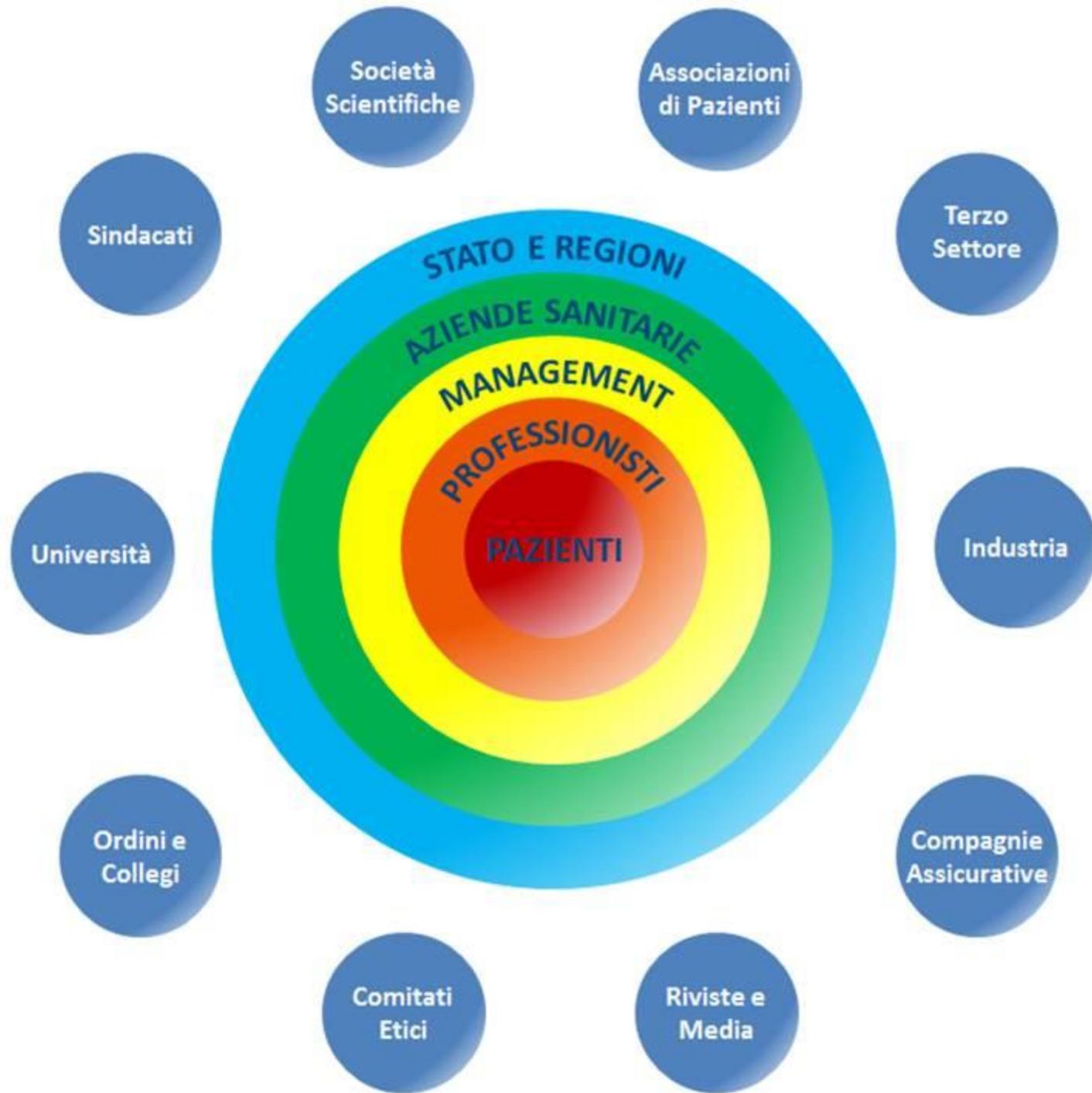
- UCCP, AFT



# 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)
<b>6. Inadeguato coordinamento assistenza</b>	<b>10</b>	<b>2,56</b>	<b>(2,05 – 3.08)</b>

\*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. Salviamo SSN 2 anni dopo
2. Risorse finanziarie per il SSN
3. Framework GIMBE
- 4. Conclusioni**

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





Se eliminiamo gli sprechi come facciamo a gestire le clientele?