

Società Medica Lazzaro Spallanzani
Associazione Medici Cattolici di Reggio Emilia

Il medico tra innovazioni scientifiche, budget, normative ed etica professionale
Davvero possibile una medicina della persona?

Ordine dei Medici di Reggio Emilia, sabato 9 novembre 2019



La bioetica nel prendersi cura di chi e di che cosa verso scelte finalizzate all'armonizzazione tra risorse finanziarie, nuove tecnologie, ricerca scientifica ed esigenze etiche nell'ottica del giuramento di Ippocrate

Fausto Nicolini

Position statment & Public disclosure

Fausto Nicolini
Medico chirurgo
Direttore Generale AUSL- IRCCS di Reggio Emilia
Coordinatore Area vasta Emilia Nord
Vice-Presidente Nazionale FIASO
Docente in convenzione UNIMORE



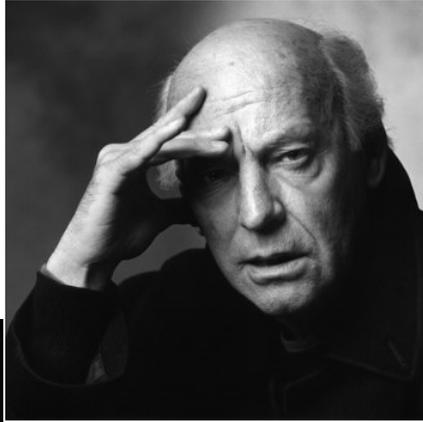
Collaborazioni con: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, ALTEMS, CERISMAS, CERGAS Bocconi, Università di Bologna, Parma, Cattolica di Roma, Siena, Fondazione Marco Biagi UNIMORE, Fondazione GIMBE, Simm

cv pubblicato sui siti istituzionali di:

- Saluter – Regione Emilia Romagna
- ASL di Reggio Emilia
- FIASO
- Università di Modena e Reggio Emilia

Questa presentazione e i suoi contenuti sono riferibili a posizioni e convincimenti personali che non impegnano le istituzioni rappresentate dal relatore a vario titolo: Regione Emilia-Romagna, AUSL IRCCS di Reggio Emilia, FIASO, Università di Modena e Reggio Emilia

Nessun conflitto di interessi relativo all'incarico di docenza



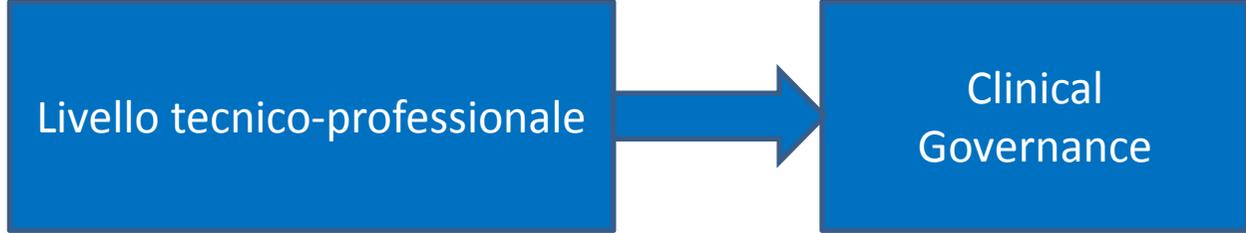
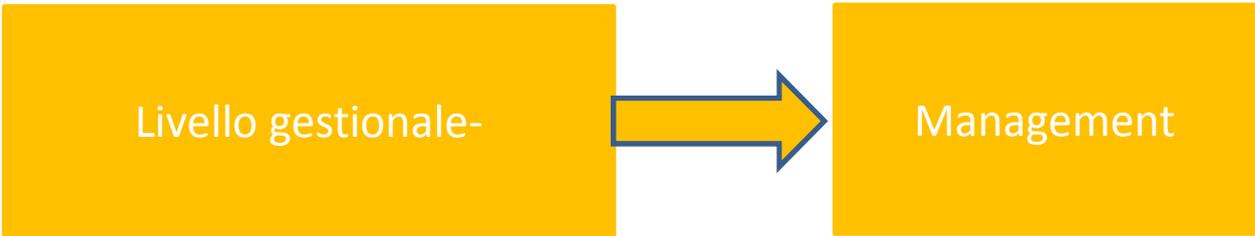
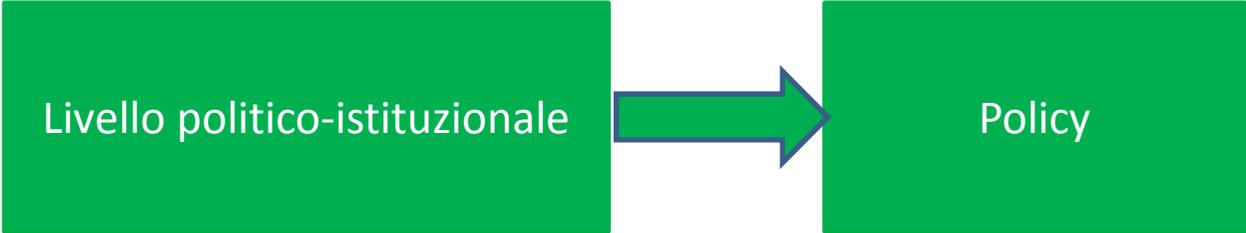
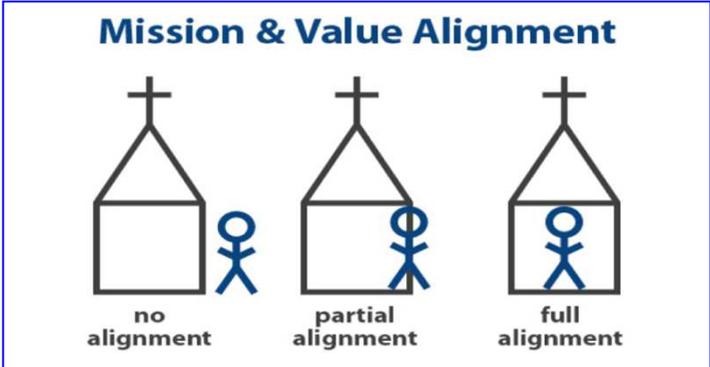
Utopia?



“Ella está en el horizonte...
Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos.
Camino diez pasos y el horizonte se corre diez
pasos más allá.
Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré.
¿Para que sirve la utopía?
Para eso sirve: para caminar”

EDUARDO GALEANO
“Ventana sobre la utopía”

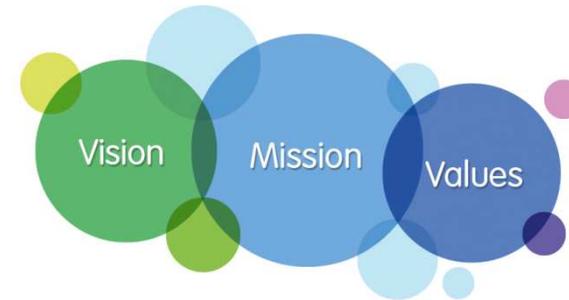
DECISION MAKING





I direttori generali devono pianificare e programmare come se il mandato durasse in eterno e agire come se fosse l'ultimo giorno.

Elio Borgonovi





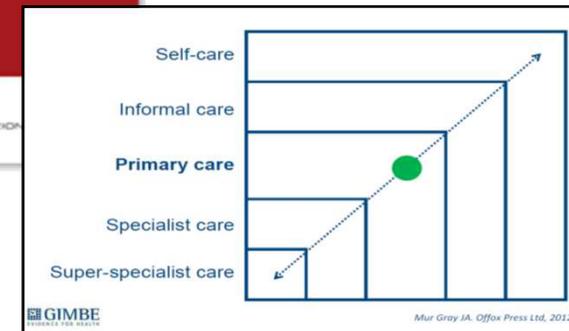
Cosa oggi sappiamo?

L'applicazione di ciò che già conosciamo avrà un impatto sulla salute e sulla malattia superiore a quello che ogni farmaco o tecnologia introdotti nel prossimo decennio potranno probabilmente avere.

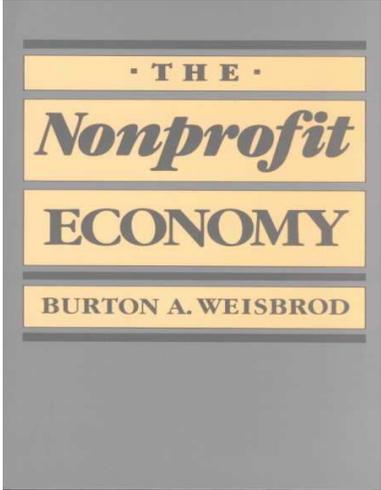
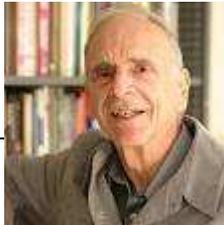
J. M. Gray, W. Ricciardi (2008)



BVHC
Better Value Healthcare



Il quadrilemma di Weisbrod



Journal of Economic Literature
Vol. XXIX (June 1991), pp. 523-552

The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment

By BURTON A. WEISBROD
Northwestern University

I want to thank a number of people. Paul Boben, Ted Ingham, and Elizabeth Mauser provided excellent research assistance. Christoph Badelt, David Cleaton, Bruno Frey, W. Lee Hansen, Robert Haveman, Bryan R. Luce, Todd Sandler, Mark Satterthwaite, Barbara Wolfe, participants in my seminar at the Rand Corporation, and three anonymous referees gave valuable comments. Judith Kirkwood was an outstanding editor.

I. Introduction

DURING THE ROUGHLY FOUR DECADES since the end of World War II, the health care system in the United States has experienced historically unprecedented change in three dimensions. First, *new technologies* have revolutionized the ways in which health care is capable of being practiced. Almost all of today's armamentarium of disease diagnosis and treatment devices and techniques were unknown 40 years ago. In the case of prescription drugs, for example, about 10 percent of the 200 largest-selling drugs are new each year; and only 25 percent of the 200 top-selling drugs in 1972 remained in the group 15 years later (David Cleaton, Vally Goepfrich, and Burton Weisbrod 1990).

Second, the role of health care insurance—private and public—has expanded dramatically. By 1980, 82.5 percent of the U.S. population had some health care insurance, compared with fewer than 10 percent in 1940.¹

Third, *personal health expenditures* have soared. From \$300 per capita in 1950, they leaped to \$1,493 in 1987 (all in 1982 dollars). The percentage of GNP

¹Throughout the postwar period the expansion of private health care insurance has been spurred by federal tax policy. By making employer-financed health insurance a taxable income to employees, federal policy distorted worker choice between health insurance and cash wages, encouraging excess health insurance (Martin Feldstein and Elizabeth Allison 1974; Mark Pauly 1974; Bridger Mitchell and Ronald Vogel 1975; Mitchell and Charles Phelps 1976; Amy Taylor and Gail Widesky 1983; Howard Chernick, Martin Holmer, and Daniel Weinberg 1987).

523

Burton A. Weisbrod
Journal of Economic Literature
Vol. 29 Jun 1991

Cambiamento e sviluppo tecnologico

Copertura assicurativa

Qualità dell'assistenza

Contenimento costi

Transizione epidemiologica

↑ Malattie croniche/degenerative

↑ Co-morbilità

↑ Consumi sanitari

Invecchiamento demografico

↑ Bisogni socio-sanitari/assistenziali

Non autosufficienza

Fragilità

Disabilità

Cambiamenti socio-culturali

Stili di vita

Innalzamento aspettative

Equità, accessibilità, accettabilità

Incremento qualità «soft»

Medicalizzazione e consumismo sanitario

Contenzioso legale

Sviluppo scientifico e innovazione

Farmaci

Dispositivi medici

Tecnologie

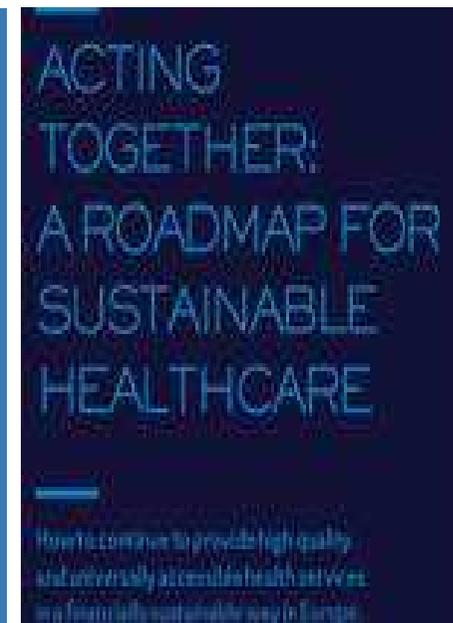
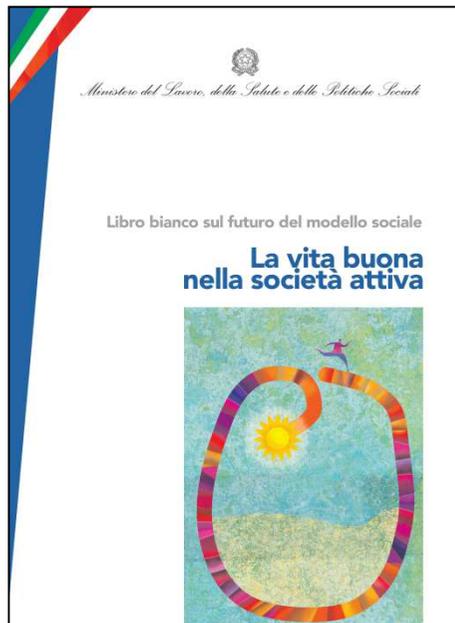
Competenze professionali

Ricerca

Incremento qualità «hard»

SUSTAINABLE HEALTH CARE & SPENDING REVIEW

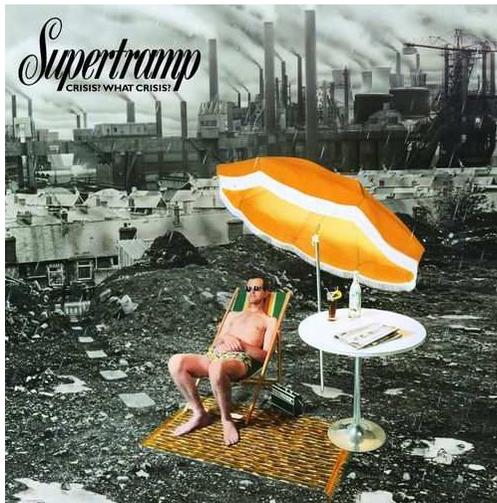
Con la crisi economica della fine del primo decennio 2000-2010 accanto a nuovi termini come «spending review» e relativi atti di legge come il Decreto Legge del consiglio dei Ministri 6 luglio 2012 : «*Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati (spending review)*» compare nel dibattito sulle politiche di sanità pubblica (assieme a termini quali **spreco** e **costi standard**) una nuova parola chiave come **sostenibilità** , un termine in precedenza ben poco usato, con visioni pessimistiche sul futuro dei sistemi di sanità pubblici nonché proposte di cambiamento verso nuove forme di assicurazione ,universalismo e welfare sociale.

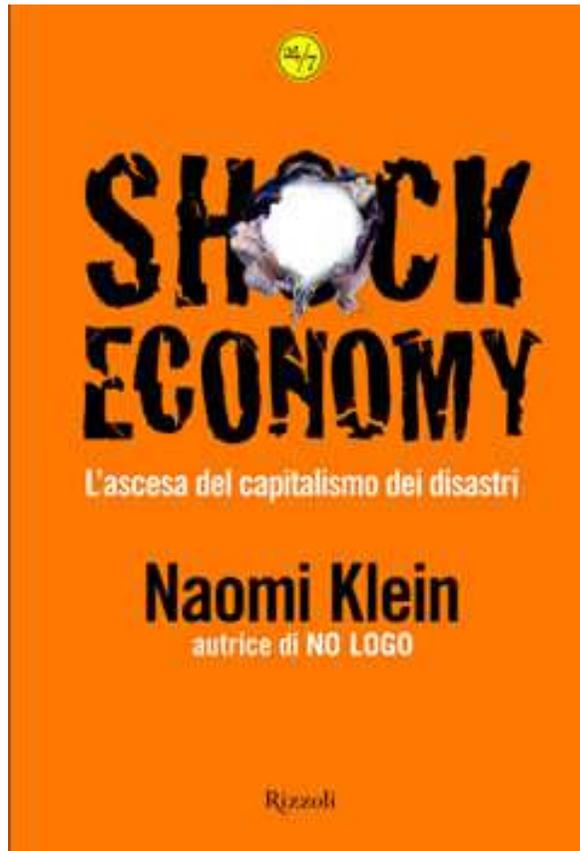


Procediamo con ordine cronologico

CRISIS!

WHAT CRISIS?





2008

«Quelli che si oppongono al welfare state certi non sprecano mai una buona crisi»

Naomi Klein – Shock economy. L'ascesa del capitalismo dei disastri. Rizzoli (Milano, 2008)



Maggio 2009

L'universalismo selettivo.

Una visione per il futuro: il sistema multipilastro.

La sostenibilità del sistema sanitario: il federalismo sostenibile responsabile.

Maurizio Sacconi



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

L'attenzione ai meriti e ai bisogni delle persone potrà consentire di meglio coniugare le esigenze della sostenibilità con quelle della equità.

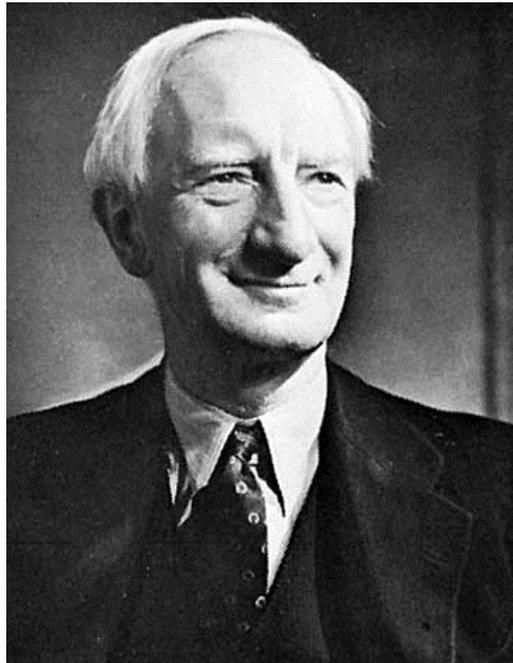
Libro bianco sul futuro del modello sociale

La vita buona nella società attiva

La stessa ricostruzione delle condizioni di stabilità della economia globale non può non considerare l'evoluzione degli indicatori della sostenibilità sociale ai fini della ricostruzione del circolo della fiducia. Ovunque nel mondo si afferma ora la convinzione per cui una regolata economia di mercato si deve integrare con la migliore attenzione ai criteri della coesione sociale.

Si affermano diffusamente i criteri della economia sociale di mercato, quale sola prospettiva che consente di far coesistere, all'interno del medesimo sistema, efficienza e giustizia sociale.

Maurizio Sacconi



2011



The assault on universalism: how to destroy the welfare state
Martin McKee, professor of European public health
BMJ 2011;343:d7973





Il 27 novembre del 2012 l'allora presidente del consiglio Mario Monti si espresse con una frase infelice: “*La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale potrebbe non essere garantita*”. A provocare tale riflessione (si fa per dire...) era stata la pubblicazione del Rapporto della Ragioneria dello Stato sulla spesa pubblica, da cui si evidenziava che le previsioni (in termini di contenimento della spesa) erano migliorate rispetto alle stime dell'anno precedente e rispetto anche a quelle di alcuni anni prima. Ci si sarebbe attesi pertanto un “sussulto di gioia” piuttosto che una frase che pareva mettere in discussione l'universalità del sistema sanitario.

Cit. Marco Geddes da Filicaia

2012

2012



G. Monchiero (FIASO)- Roma, dicembre 2012

quotidianosanita.it

Monchiero (Fiaso): "Con questi livelli di finanziamento Ssn rischia asfissia"

27 NOV - "Il Presidente del Consiglio ha confermato i timori che la nostra Federazione delle Aziende Sanitarie Pubbliche manifesta da tempo, ossia che questi livelli di finanziamento rischiano di far morire per asfissia il nostro Ssn. I tagli operati negli ultimi anni sono stati accolti da Asl e Ospedali come una sfida per razionalizzare la spesa ma è inimmaginabile pensare che i 31 miliardi depennati dal Fondo Sanitario nel periodo 2009 - 2014 siano interamente composti da sprechi.

L'operazione Spending Review ha inutilmente confuso i dati e alimentato speranze irrazionali. Una operazione verità non significa rinunciare al Ssn bensì affrontare il problema nei suoi termini reali.

Occorre rifondare l'Ssn agendo in tre direzioni:

1. ridurre i lea eliminando quelle prestazioni non necessarie e non adeguate ai progressi della medicina;
2. rivedere il sistema di compartecipazione alla spesa seguendo le indicazioni del Ministro Balduzzi e di Agenas su un modello "a franchigia";
3. costruire una relazione diversa tra mondo della sanità pubblica, quello del sociale e del volontariato, recuperando anche il contributo che può venire dalla sanità privata e da altre forme di mutualità volontaria."

2013



The poster features a central graphic of a globe surrounded by several blue and white 3D cubes. The text is arranged as follows:

- Top left: FIASO logo (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere)
- Top right: European Observatory on Health Systems and Policies logo
- Center: Title "L'impatto della crisi finanziaria sui sistemi sanitari in Europa: valutazione delle opzioni strategiche e trade-off"
- Below title: "Roma, 25 gennaio 2013" and "Auditorium del Ministero della Salute, Viale Giorgio Ribotta, 5"
- Right side: Vertical text "seminario"

9ª Conferenza Nazionale GIMBE
Evidenze e Innovazioni per la Sostenibilità della Sanità Pubblica
Bologna, 14 marzo 2014

2014



Silvio Garattini, Gavino Maciocco, Fausto Nicolini e Tonino Aceti, ospiti del Forum “**Perché vogliono smantellare il Servizio Sanitario Nazionale?**”, hanno risposto alle provocazioni del Presidente Nino Cartabellotta e alle domande del giornalista Guglielmo Pepe, concordando all’unisono che la Sanità pubblica è al tempo stesso una conquista sociale irrinunciabile, ma anche fonte di sprechi che si annidano a tutti i livelli e che devono essere identificati ed eliminati con “sane” politiche di spending review.

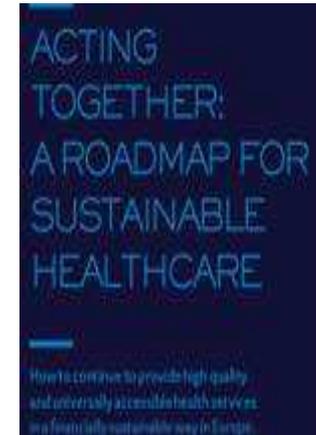
Sostenibilità in tempi di globalizzazione

2015

European Steering Group on Sustainable Healthcare

White Paper, 2015

Acting together: a roadmap for sustainable healthcare



- Raccomandazioni e 18 azioni per costruire una sanità sostenibile per tre focus:
1. Prevenzione e intervento precoce
 2. Aumentare l'empowerment e la responsabilizzazione dei cittadini
 3. Riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie



WALTER RICCIARDI VINCENZO ATELLA
CLAUDIO CRICELLI FEDERICO SERRA

LA TEMPESTA PERFETTA

IL POSSIBILE NAUFRAGIO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:
COME EVITARLO?



VP VITA E PENSIERO | RICERCHE
ECONOMIA

2015

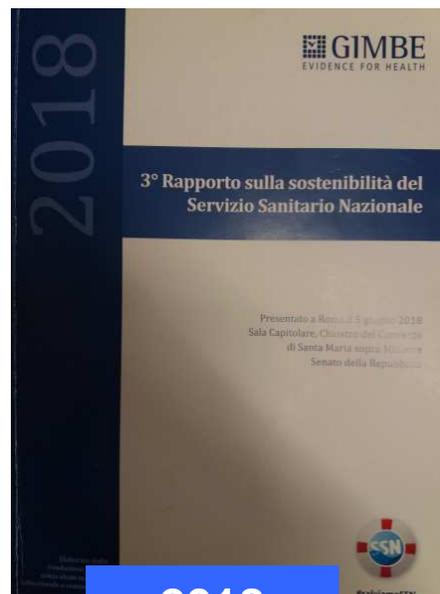




2017



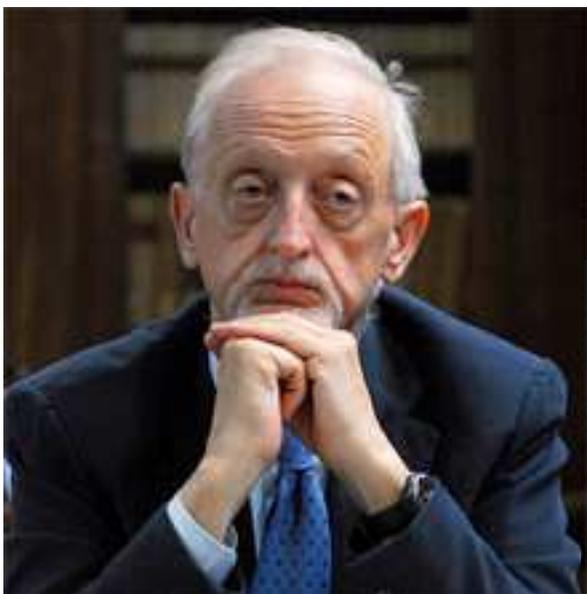
2016



2018



2019



2018



2018

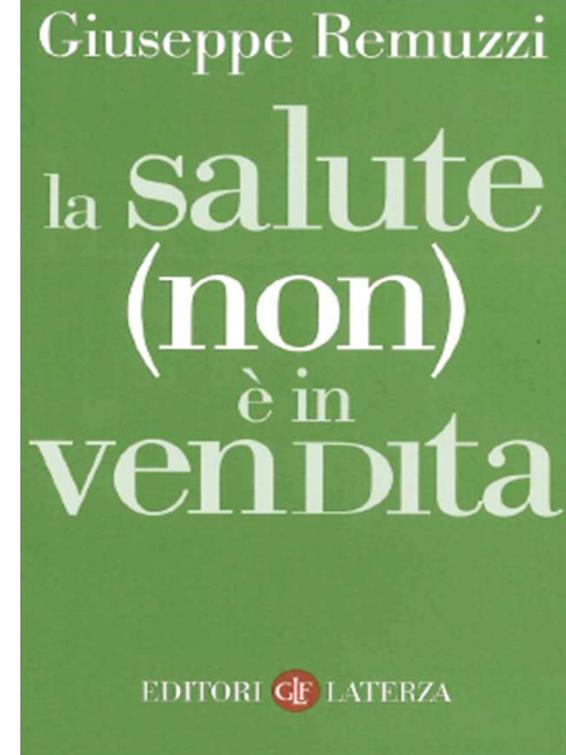
Beatrice Lorenzin

Per salute e per giustizia

*Come solo politica e scienza possono
salvare il Servizio Sanitario Nazionale
e perché è così difficile farlo*



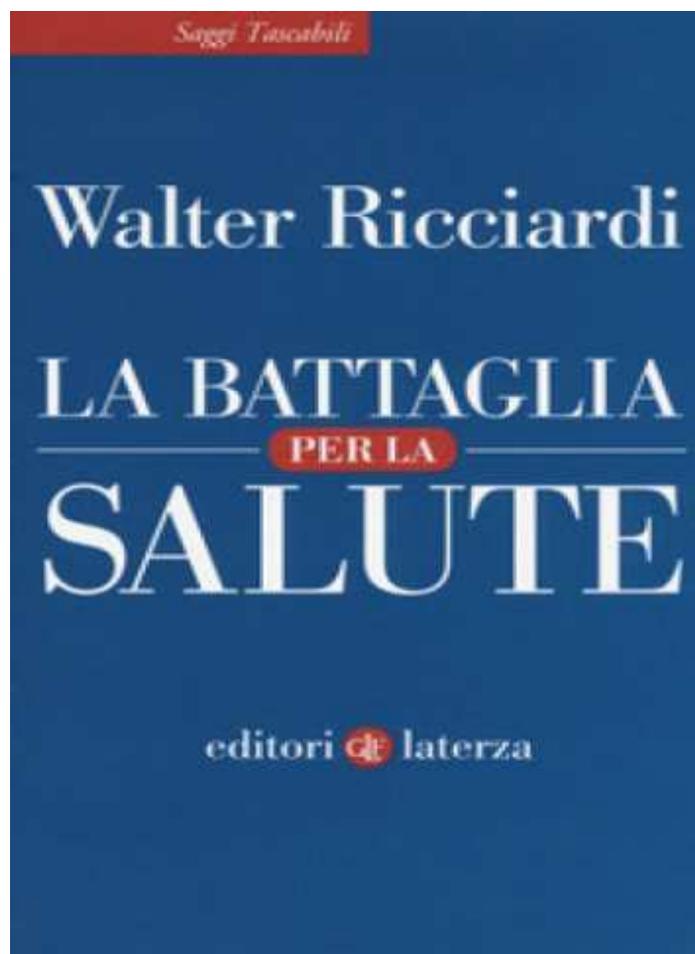
2018



Editoriale: «La salute è - o non è - in vendita?»

Marco Geddes da Filicaia 20. 3.2019

2019



Bologna, 20 dicembre 2018

Pregiatissimo Fausto Nicolini

Azienda USL di Reggio Emilia

Oggetto: un logo per i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale

40 anni fa, poco prima di Natale, i cittadini italiani hanno ricevuto un grande regalo: un modello di sanità pubblica, finanziato dalla fiscalità generale, ispirato da principi di equità e universalismo. Era il 23 dicembre del 1978, una data fondamentale nella storia del nostro Paese, perché segna la nascita del Servizio Sanitario Nazionale che negli anni ha garantito eccellenti risultati di salute e che tutto il mondo continua ad invidiarci.

Oggi, di fronte alla progressiva e silenziosa perdita di questa grande conquista sociale, in qualità di "azionisti di maggioranza" abbiamo tutti il dovere di tutelare il Servizio Sanitario Nazionale, ciascuno secondo le proprie responsabilità pubbliche o individuali, cementando un nuovo patto generazionale per lasciare ai nostri figli questa preziosa eredità.

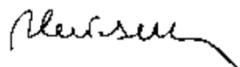
Nell'ambito della campagna #salviamoSSN, la Fondazione GIMBE ha realizzato un logo per i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale: un simbolo per celebrare questo traguardo, ma soprattutto per richiamare l'attenzione di tutti sul rischio di una sanità privata per i ricchi e una pubblica residuale per i meno abbienti.

Il logo celebrativo, già consegnato al Presidente Mattarella e alla Ministra Grillo, appartiene a tutti noi: per questo ti invito a condividerlo con colleghi, oltre che utilizzarlo per eventi celebrativi. Questa è l'ultima occasione per rimettere la sanità pubblica al centro dell'agenda politica, destinare adeguate risorse e avviare le riforme necessarie ad assicurare lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale.

Perché la sanità pubblica è come la salute: ti accorgi che esiste solo quando l'hai perduta.

Il Presidente

Nino Cartabellotta



#SSN(40)
Servizio Sanitario Nazionale
Dal 1978 si prende cura di noi





338 Mi piace!

Tu collega da che parte stai?

Cari Colleghi,

domani celebriamo il 40° anniversario della istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, pubblico e universalistico^[1], che è tuttora una delle massime espressioni dei sistemi di welfare state e che viene considerato, a livello internazionale, uno dei sistemi sanitari più performanti al mondo.

Un sistema certamente migliorabile, che ha dei problemi e delle criticità, ma che ha garantito quel diritto fondamentale alla salute previsto nell'articolo 32 della nostra Costituzione.

Un sistema che però, evidentemente, non piace a tutti.

Da anni è in corso un dibattito a vari livelli sul possibile cambiamento del modello assistenziale sanitario in Italia, dove si scontrano visioni opposte, pro o contro il sistema pubblico e universalistico, perlomeno per come l'abbiamo concepito e conosciuto in questi 40 anni.

Il tema centrale è la presunta insostenibilità del sistema pubblico e la necessità di modificarlo, più o meno radicalmente, evocando nuovi modelli di regolamentazione e gestione.

Nuovi modelli che propongono il "quasi-mercato", i sistemi integrati pubblico-assicurativi, il sistema multi-pilastro, la "economia sociale di mercato", una "regolata economia di mercato" per arrivare all'"universalismo selettivo", come riportato nel 2009 dall'allora ministro Sacconi^[2].

Il concetto è chiaro: la crisi ha evidenziato l'insostenibilità dei sistemi pubblici e quindi bisogna cambiare. Dimenticando che i molti sistemi alternativi proposti, nei paesi dove sono stati implementati, hanno prodotto un costo della sanità maggiore, sia in termini di percentuale sul Pil, sia come spesa pro-capite, senza dimostrare migliori risultati in termini di salute. Anzi, spesso incrementando a dismisura il consumismo, gli sprechi e l'inappropriatezza!

Il tema della sostenibilità del SSN è diventato oggi "virale" ed è interessante che ciò avvenga in concomitanza con la crisi economica e la tanto discussa "spending review". Naomi Klein causticamente rileva: «Quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi»^[3]. Infatti prima della crisi economica era difficile trovare anche solo citato, nei convegni e nelle pubblicazioni, il termine sostenibilità. Eppure i determinanti di incremento della spesa in sanità erano stati descritti in letteratura da tempo, fin dal 1991, nel "quadrilemma" di Weisbrod^[4]. Oggi viceversa c'è ampia letteratura sulla sostenibilità o presunta insostenibilità,

con analisi basate su dati oggettivi che però portano spesso a conclusioni differenti se non divergenti, se a parlare sono il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità^[5], la Fondazione GIMBE^[6] o un libero pensatore molto addetto ai lavori^[7].

La Fondazione GIMBE da anni ha chiamato a raccolta i sostenitori del sistema pubblico e universalistico con lo slogan "Salviamo il nostro SSN".

Alla 9a Conferenza Nazionale GIMBE che si è tenuta a Bologna il 14 marzo 2014 dal titolo evocativo: "Evidenze e Innovazioni per la Sostenibilità della Sanità Pubblica" ho partecipato come ospite ad una tavola rotonda sul tema: "Perché vogliamo smantellare il Servizio Sanitario Nazionale?" assieme ad altri illustri relatori quali Silvio Garattini, Gavino Macocco e Tullino Aebi. In quella sede ho risposto alle provocazioni del Presidente Nino Cantabellotta e alle domande del giornalista Guglielmo Pepe, concordando con gli altri intervenuti che la Sanità pubblica è una conquista sociale irrinunciabile, che non va affossata ma sostenuta e migliorata. Purtroppo non tutti la pensano in questo modo.

Sono tanti gli interessi in gioco e ancor di più i soggetti interessati a cambiare questo sistema. Anche oggi su una testata giornalistica locale c'è un attacco alla nostra azienda ed ai suoi professionisti attraverso l'uso strumentale di dati sui tempi di attesa degli interventi chirurgici. L'obiettivo è sempre quello, "picconare" giorno dopo giorno il sistema pubblico, descrivendolo come inefficiente e pieno di sprechi, non competitivo rispetto a chi pratica una sanità "business as usual". Un attacco sistematico e continuo di progressiva delegittimazione per ingenerare la sfiducia nel cittadino, per convincerlo che "è tempo di cambiare". Un sistema che è stato progressivamente de-finanziato, complicato da vincoli e provvedimenti che rendono ogni giorno gli investimenti e la gestione quotidiana più difficili e complessi, descritto all'opinione pubblica come piano zeppo di "malpractice" e scandali. Una strategia precisa di attacco al welfare state che ricorda le misure "Starve the bear"^[8] di contenimento della spesa pubblica e di contrazione dei programmi sociali di Reaganiana memoria, fino alla negazione dello stato sociale nelle affermazioni perentorie di Margaret Thatcher: "La società non esiste, esistono solo gli individui e le loro famiglie".

Rispetto alle polemiche strumentali sui giornali di oggi mi limito ad una semplice osservazione. I cittadini della provincia di Reggio Emilia scelgono il pubblico nel 90% dei ricoveri rispetto al 10% del privato accreditato, a fronte di una media regionale del 70% vs. 30%. Questo vuol dire che nonostante quanto racconta qualcuno, il cittadino di Reggio sa scegliere e riconosce nella nostra azienda e nei nostri servizi un sistema efficiente e di qualità. Come dico sempre citando Gianfranco Domenighetti^[9] sono "i tempi supplementari della mia carriera", carriera a cui non ho più nulla da chiedere. Per questo posso permettermi di dire quello che penso e di esplicitare le mie preferenze.

Io la mia scelta l'ho fatta da tempo. Ho iniziato a fare il medico nel servizio sanitario pubblico e vorrei andare in pensione vedendolo ancora integro e punto di riferimento insostituibile per la salute della nostra comunità.

E tu collega, da che parte stai?

Fausto Nicolini

^[1] Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

^[2] La vita buona nella società attiva. Libro bianco sul futuro del modello sociale - ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, maggio 2009.

^[3] Naomi Klein - Shock economy. L'ascesa del capitalismo dei disastri. Rizzoli, 2008

^[4] Burton A. Weisbrod - The health care quadrilemma - Journal of Economic Literature, vol. 29 jun. 1991

^[5] Walter Ricciardi - La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del servizio sanitario nazionale: come evitarlo? - Ed. Vita e Pensiero, 2015

^[6] 3° rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE - Roma, 5 giugno 2018

^[7] Marco Geddes da Filicaja - La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Il Pensiero Scientifico Editore, 2018

^[8] Elio Borghonini - Scompaiono problemi complessi per curare il SSN. - Sole 24 Ore sanità, 28 gennaio 2013

^[9] Gianfranco Domenighetti - La sanità tre ragioni e passione. In ricordo di Alessandro Liberati - Bologna, Istituto Rizzoli 14 dicembre 2012

Archivio News del Direttore



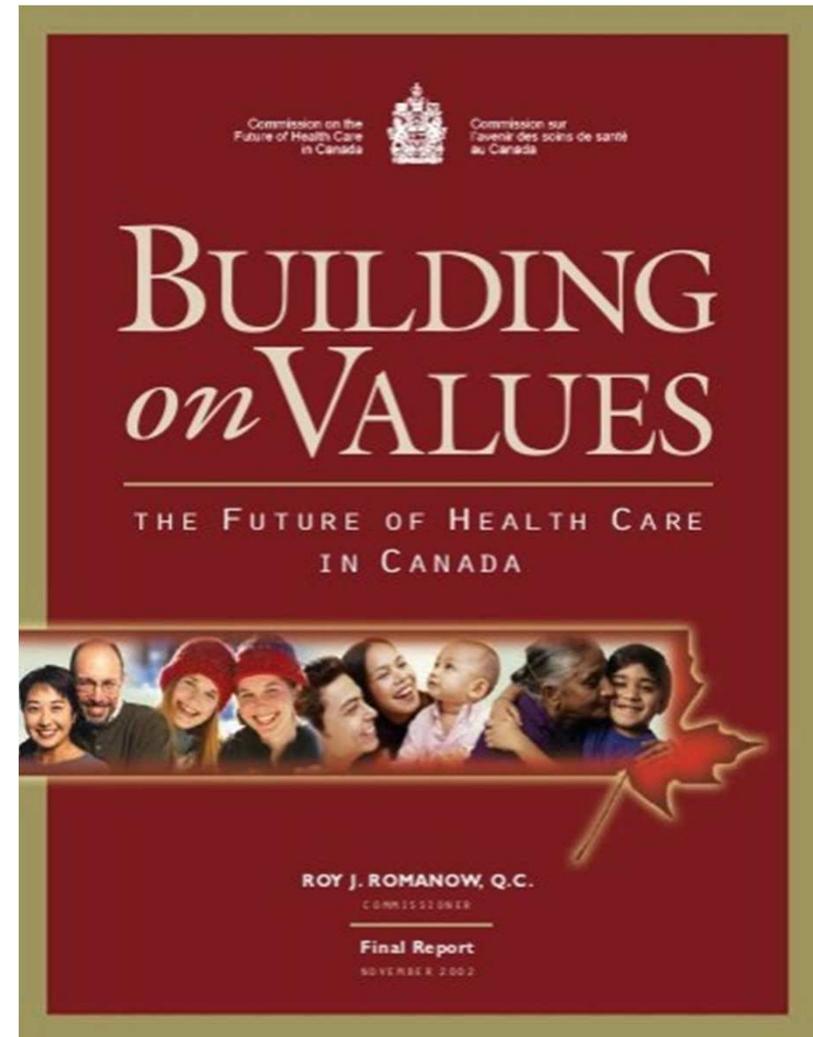
Chiudi

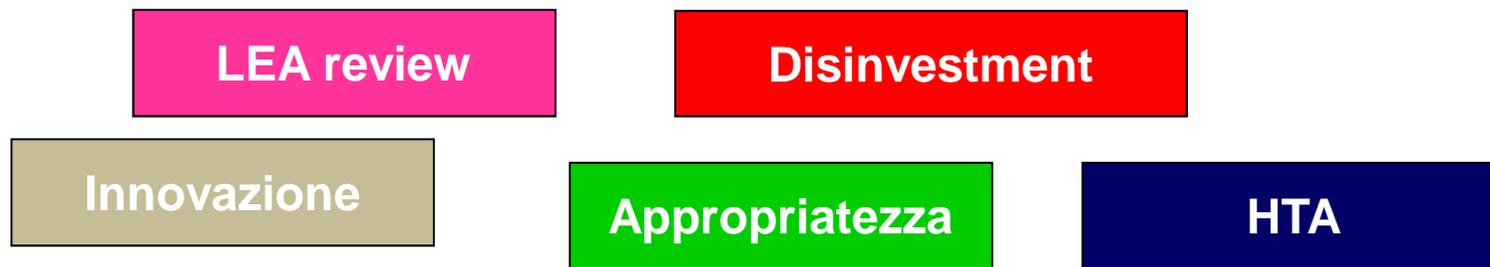


«.....non vi è alcun standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno..... **il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia.»**

Roy Romanow

Romanow R. - Commission on the future of Health Care, building on valuea. The future of Health care in canada. Final report. National Library of Canada, 2003





uno strumento per conciliare qualità e sostenibilità dei sistemi sanitari ?



una regressione alla fase economicistica di controllo dei costi?

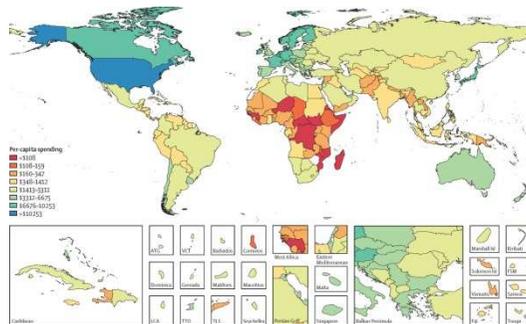


National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040

Joseph L Dieleman, PhD, Tara Templin, BA, Nafis Sadat, MA, Patrick Reidy, BA, Abigail Chapin, BA, Kyle Foreman, PhD, Annie Haakenstad, MA, Tim Evans, MD, Prof Christopher J L Murray, MD, Christoph Kurowski, MD

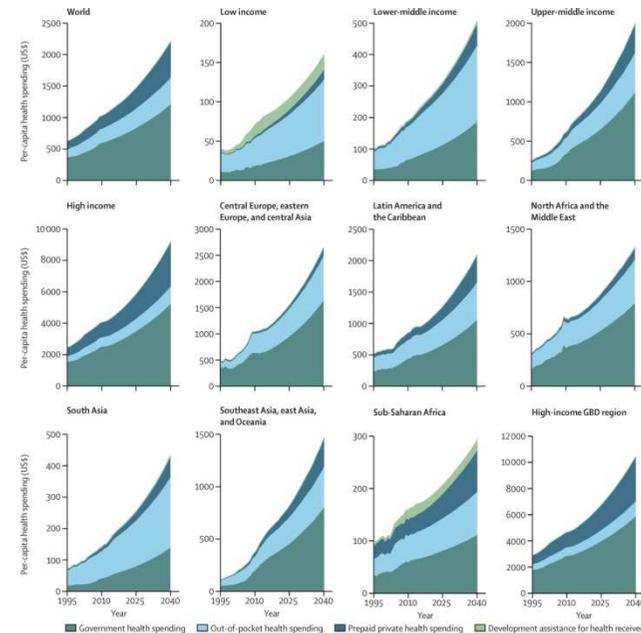


IHME
Institute for Health Metrics
and Evaluation



The Lancet

Volume 387, Issue 10037, Pages 2521-2535 (June 2016)



Joseph Dieleman, PhD, is Assistant Professor at the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) at the University of Washington. In this role, he leads the Financial Resources for Health research team, which focuses on tracking development assistance for health, health expenditure by disease, and government health expenditure. In addition to these activities, Dr. Dieleman works on projects related to non-communicable diseases and understanding the divergent trends in women's life expectancy in the United States.

In un recente studio pubblicato sulla rivista Lancet * Joseph Dieleman e colleghi hanno elaborato una previsione di come e quanto si spenderà per la sanità in 184 paesi fino al 2040. Per l'Italia si ipotizza un tasso di crescita annuale del 2,6% che porterebbe nel 2040 ad una impennata della spesa sanitaria (pubblica e privata) pro capite a 5.968 \$, rispetto a quella registrata nel 2013m pari a 3.077 \$ di cui l'80% a carico della spesa pubblica e il 20% della privata (out of pocket).



* *National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040* . Joseph L Dieleman, et al. *The Lancet*. Volume 387, Issue 10037, Pages 2521-2535 (June 2016)



Sustainable Health Care

**Clinical
governance**

**Quality
assurance**

**Priority
setting**

HTA

Disinvestment for reallocation

Evidence-based decision making

**Evidence value-based
decision making**

**Health Care Needs
Assessment**

High Value Health Care

**Outcomes based-
assessment &
research**



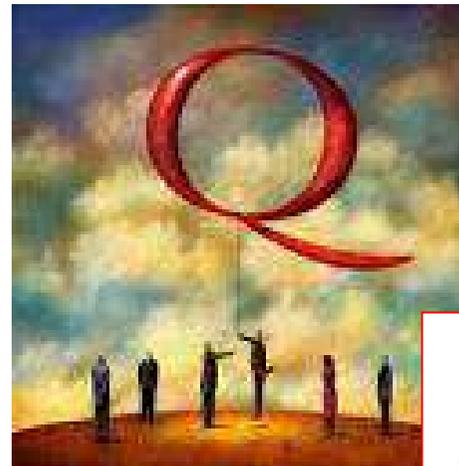
Sostenibilità: un imprevedibile fulmine a ciel sereno?
Una nemesi ineluttabile? Una inconsapevole
sottovalutazione? Una colpevole amnesia?





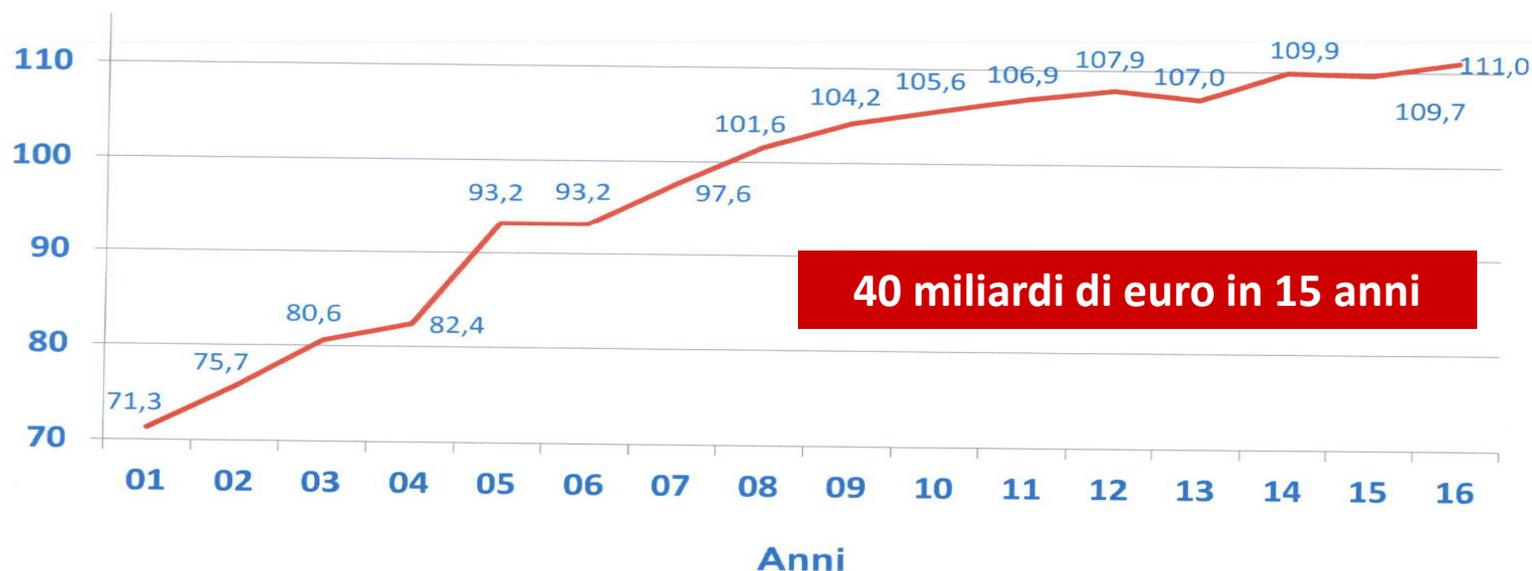
Spending review: una nuova fase nei sistemi pubblici e universalistici o una regressione alla fase economicistica?

Come conciliare (conservare) qualità con minori/invariate risorse?



Finanziamento pubblico SSN (2001-2016)

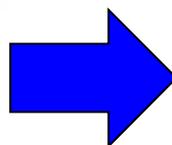
Miliardi €



40 miliardi di euro in 15 anni

 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH

Pochi o tanti come il abbiamo usati?



Se ancora oggi parliamo di sotto-finanziamento della prevenzione e della ricerca, di necessario sviluppo delle cure primarie e di razionalizzazione della rete ospedaliera?

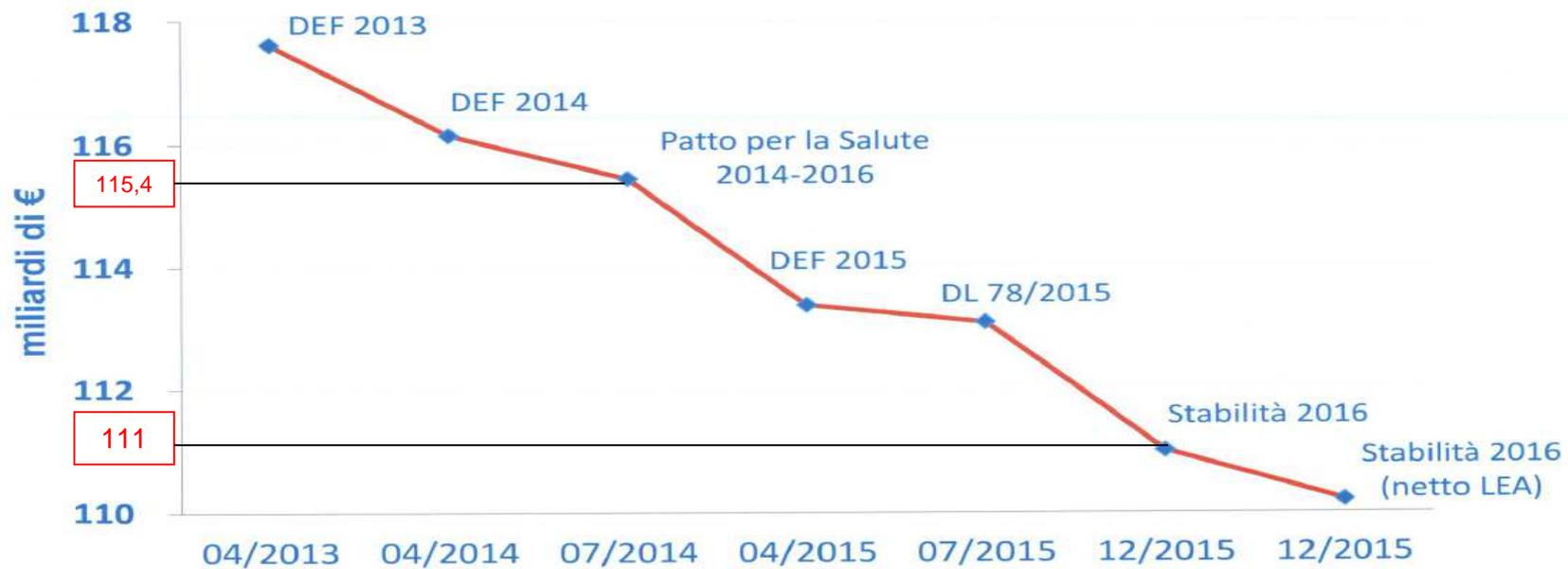
IL CONTESTO ATTUALE

Finanziamento pubblico del FSN in miliardi di €				
Anno	2001	2010	2011	2016
Importo	71,3	105,6	106,9	111
Delta	34,3		4,1	
Media/anno	3,4		0,7	

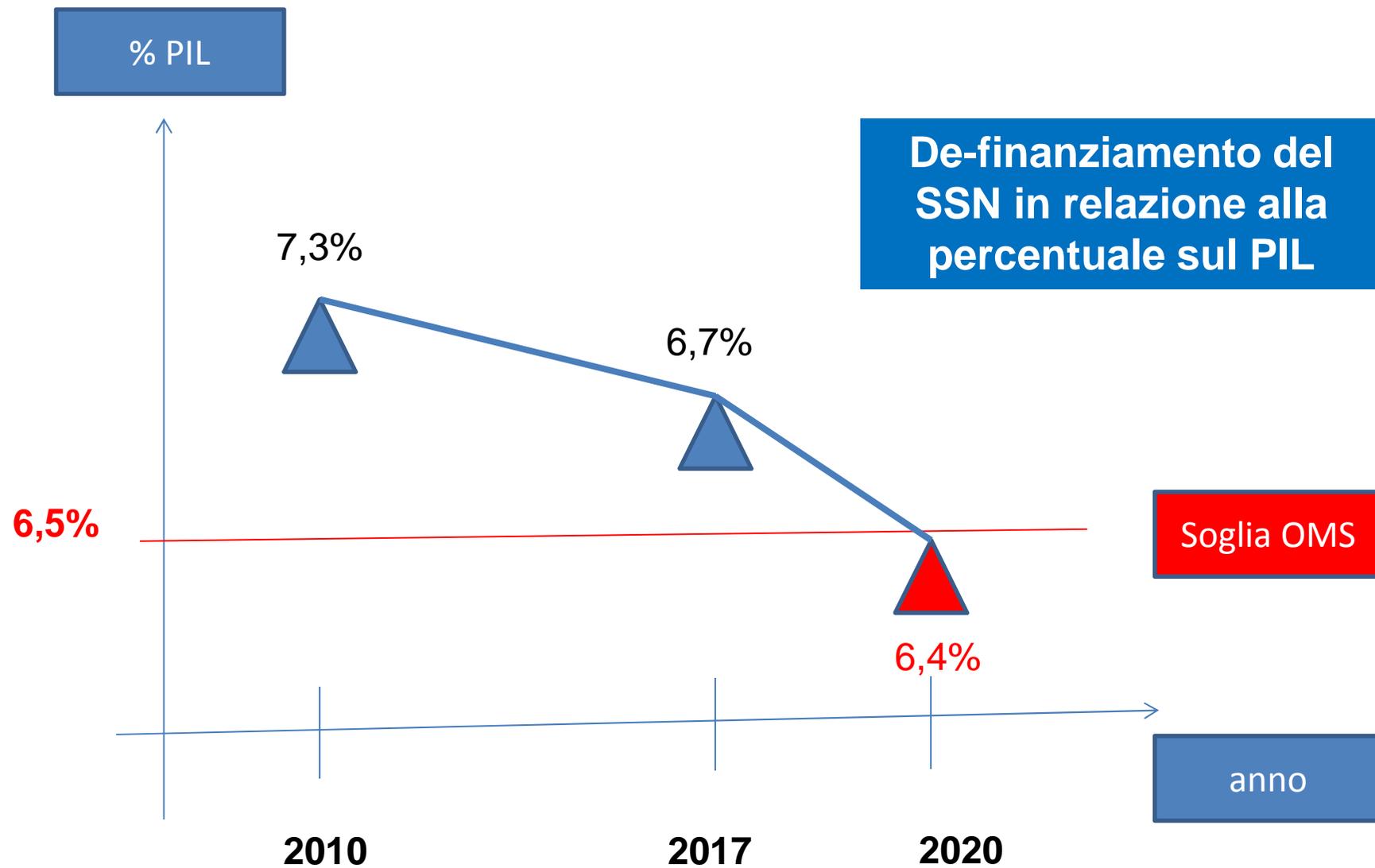
Finanziamento in quota capitaria Azienda USL di Reggio Emilia				
Anno	2001	2010	2011	2017
Importo	514.759.168	762.125.162	783.168.756	795.155.349
Delta	247.365.994		11.986.593	
Media/anno	24,7		1,7	

In questo confronto sono stati reintegrati i 18 milioni di euro trattenuti alla fonte dalla Regione nel riparto per il finanziamento alle aziende ospedaliere

Finanziamento SSN: anno 2016



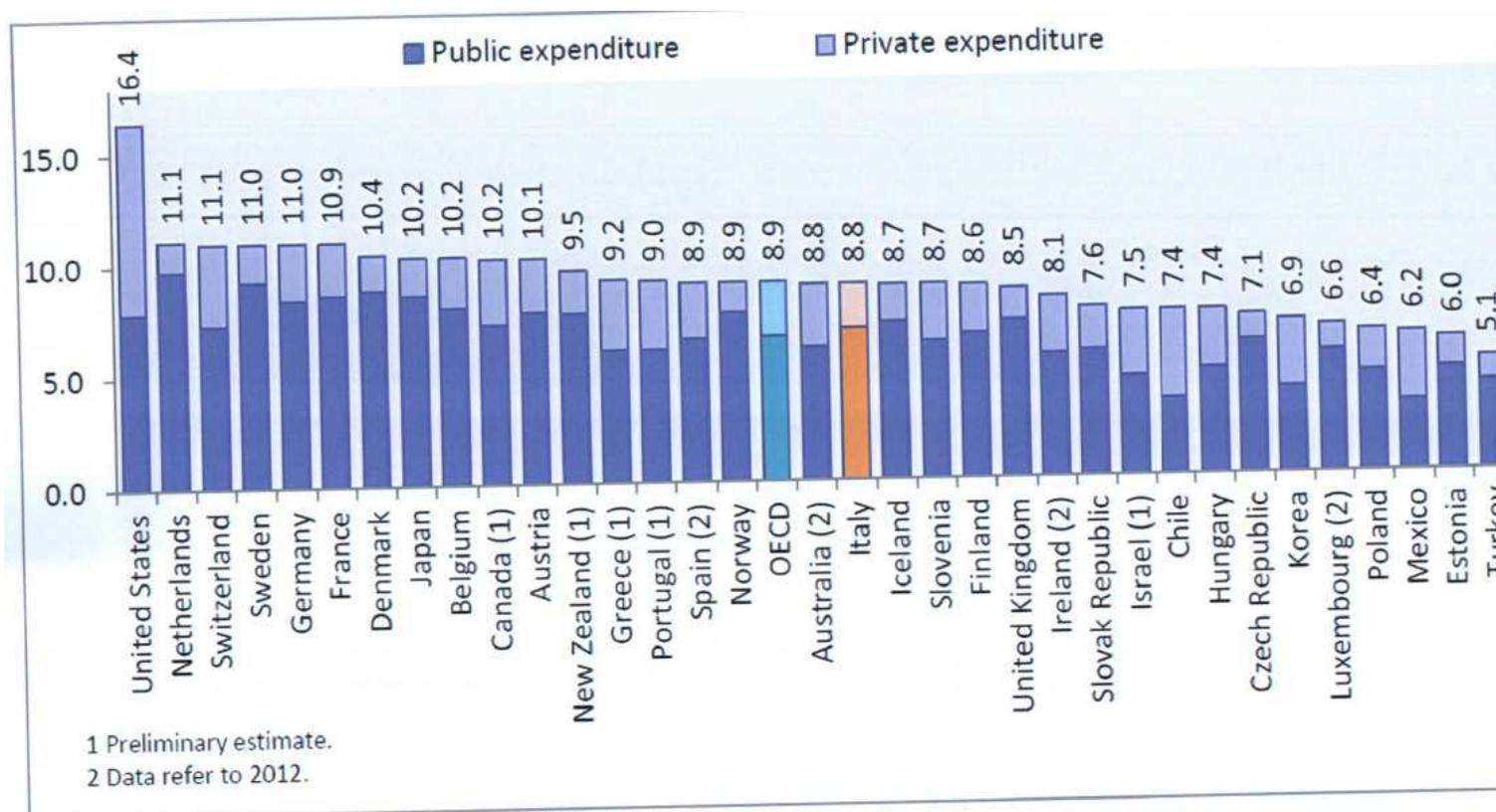
Dati Corte dei Conti, novembre 2015



Soglia OMS

Soglia sotto la quale l'OMS indica una possibile riduzione oltre che della qualità assistenziale anche della aspettativa di vita

Il confronto con gli altri paesi in termini di PIL dedicato



Source: OECD Health Statistics 2015

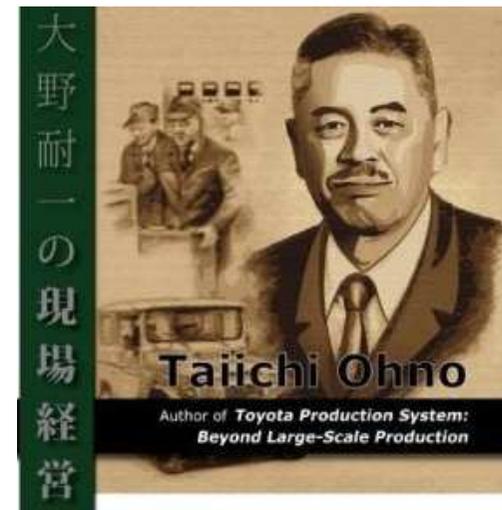
Sanità: il mondo degli sprechi?

Un problema solo di efficienza?

SIGNIFICATO DEL TERMINE SPRECO NEL MANAGEMENT INDUSTRIALE

Un termine usato e abusato nella terminologia della spending review è SPRECO la cui declinazione è di norma “mancata efficienza” del sistema in termini di prodotto (ad es. ridotta produzione rispetto alle aspettative per le risorse investite).

Nel “pensiero lean” del sistema Toyota il termine **SPRECO (= MUDA)** si riferisce ad un concetto lievemente diverso: è spreco tutto ciò che in un processo produttivo consuma risorse e non produce “valore aggiunto” al prodotto finale.



IL QUARTO ELEMENTO



1+
1+
1+
1=
0,-

Il modello di finanziamento/remunerazione delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti che genera un conflitto di interesse tra gli obiettivi di sanità (obiettivi prestazionali, output driven, pay for performance) e gli obiettivi di salute (obiettivi di risultato, outcome driven, pay for outcome)



Alberto Donzelli (2014) modificato

SPESA FARMACEUTICA	12 mesi 2018	
	AUSL RE	RER
Ospedaliera (1)	102.470.870	902.703.730
di cui Erogazione Diretta (fascia H, C, A)	67.739.894	567.784.053
di cui consumi interni	34.730.976	334.919.677
Convenzionata netta (2)	48.932.051	473.952.585
Fondi (3)	14.318.381	135.566.408
di cui oncologici	9.552.204	82.369.971
di cui non oncologici	4.766.177	53.196.437
DPC netta (4)	714.084	9.831.128
TOTALE (1+2+3+4)	166.435.386	1.522.053.851



Popolazione grezza non pesata

Popolazione	Reggio Emilia	Emilia Romagna
Abitanti	532.000	4.459.000
Percentuale popolazione	11,9%	100%
Spesa per farmaci	166.435.386	1.522.053.851
% spesa per farmaci	10,9%	100%
Spesa pro capite	312,8	341,3

Area	Indicazioni	Discipline	Costo annuo/pz.	Numero di pazienti 2018	Spesa (milioni €)
Malattie rare	Malattie lisosomiali	Pediatria	180.000	12	2,5
Malattie rare	SEU e EPN	Ematologia , nefrologia	330.000	4	1,2
Malattie rare	Atrofia muscolo spinale	Neuropsichiatria infantile	450.000- 250.000 (150.000 mantenimento)	1	0,450-0,150
Immunoterapia oncologica	Tumori polmone, melanoma, rene, vescica	Oncologia	70-90.000	91	2,7
Immunoterapia oncologica	Mieloma multiplo	Ematologia	80.000	16	0,9
Totale				124	7,5

Area	Indicazioni	Discipline	Costo annuo/pz.	Numero di pazienti 2018	Spesa (milioni €)
Immunoterapia	Malattie autoimmuni	Reumatologia, dermatologia	10.700 (in calo per bio-similiari)	423	3,5
Antivirale	Infezione HCV	Malattie infettive, epatologia	variabile	597	4,7
totale				1.020	8,2

Per i farmaci ad alto costo oncologici e malattie rare la spesa per 120 pazienti (pari allo 0,02% dei residenti) è di 7,5 milioni di euro.

Per i farmaci ad alto costo antivirali e di immunoterapia la spesa per 1.020 pazienti (pari allo 0,19% dei residenti) è di 8,2 milioni di euro.

Quindi per curare complessivamente 1.140 pazienti (pari allo 0,2%) dei residenti) la spesa è di **15,7** milioni di euro.



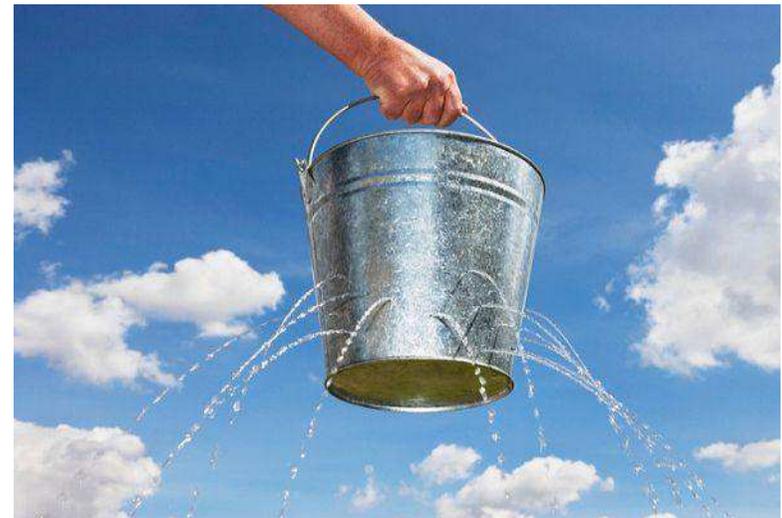
La spesa per farmaci complessiva sostenuta dalla Azienda USL di Reggio Emilia è di **166,4** milioni di euro all'anno per un bacino di utenza di 533.000 residenti.

La spesa per i farmaci ad alto costo rappresenta quindi il 9,4% della spesa complessiva per curare lo 0,2% della popolazione.

SIGNIFICATO DEL TERMINE SPRECO IN SANITA'

Se nell'industria l'eliminazione degli sprechi richiama prevalentemente un problema di efficienza in quanto il valore del prodotto finale viene determinato e valutato dal mercato in sanità le cose stanno un po' diversamente.

Questo perché in sanità non è possibile disgiungere la efficienza dalla efficacia ed è diverso il concetto di VALORE. Perché parafrasando i MUDA è spreco tutto ciò che aggiunto ad un processo clinico-assistenziale e/o organizzativo in sanità consuma risorse e non produce un valore aggiunto in termini di risultati di salute.



Invecchiamento della popolazione

Anni '70

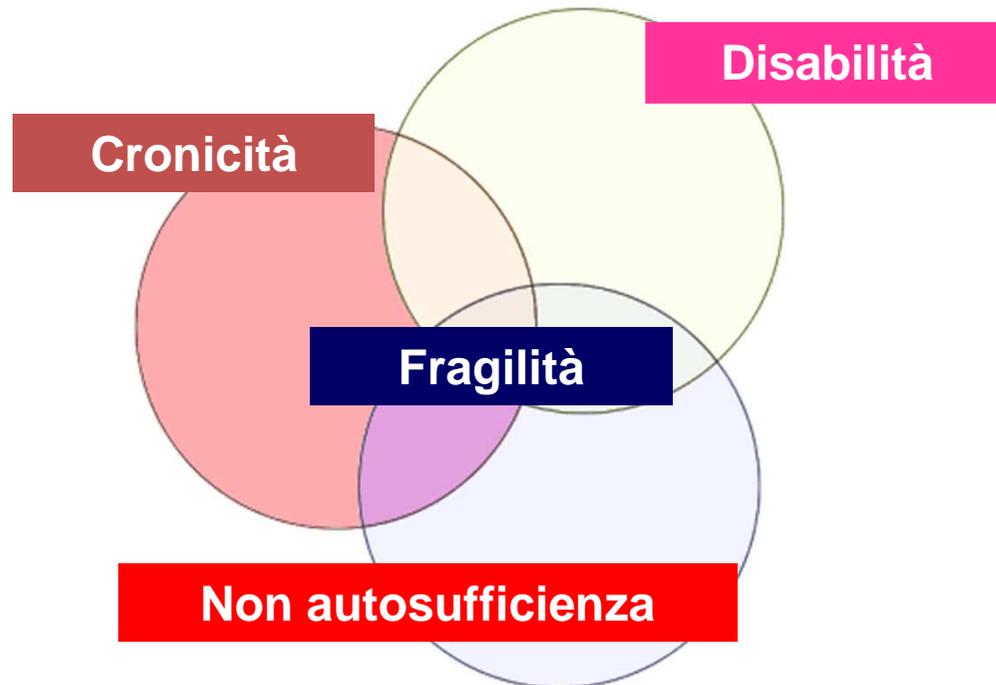
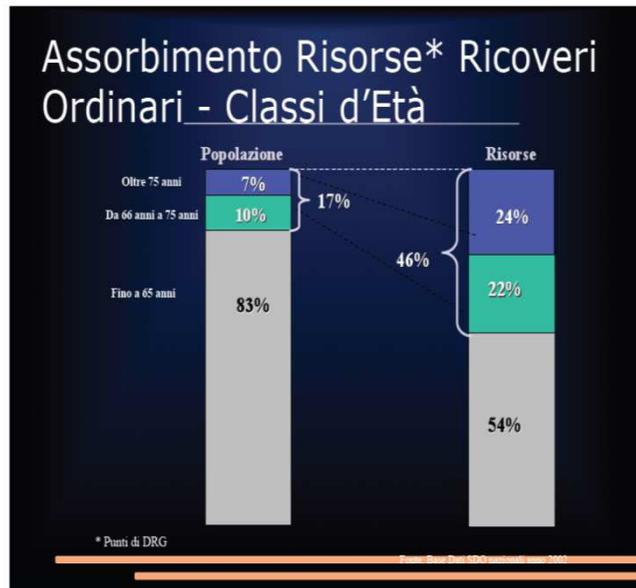


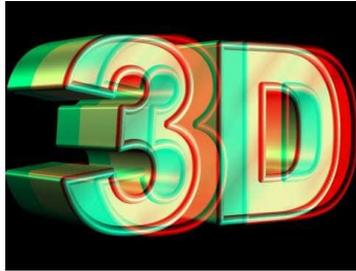
Anni '10



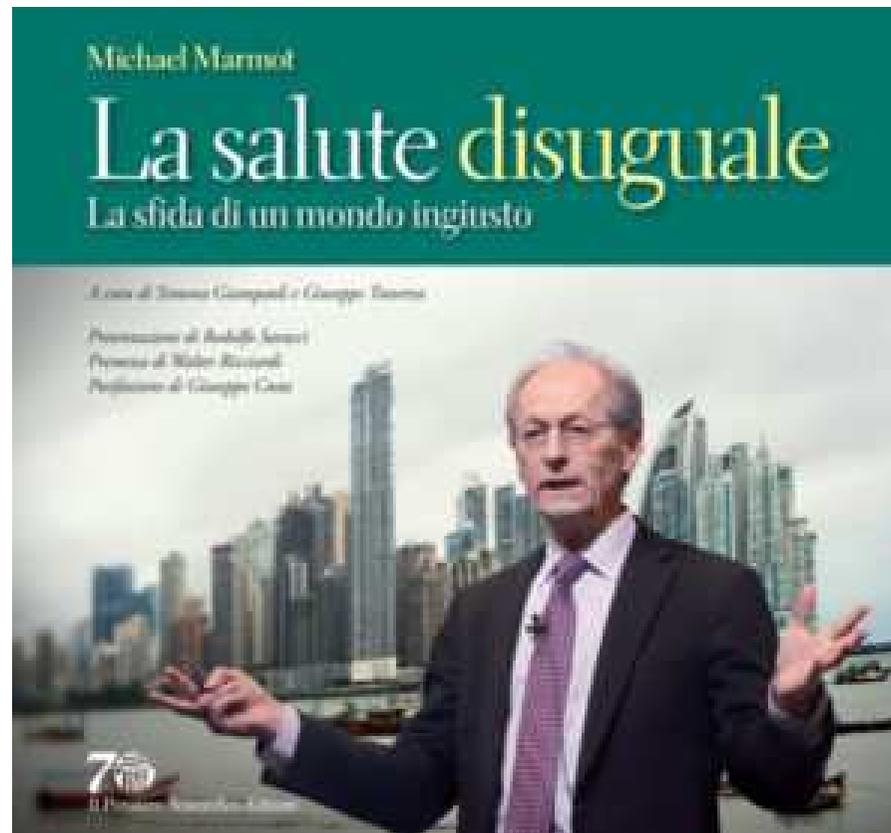
avremo una imponente massa di
anziani, vecchi e grandi vecchi, molti
dei quali vivranno da soli

Invecchiamento della popolazione





Disequità, disuguaglianze, determinanti socio-sanitari





Nulla di nuovo sotto il sole

Virchow e l'epidemiologia sociologica

Il governo prussiano nel 1848 inviò Rudolf Virchow in Slesia per combattere una epidemia di tifo scoppiata nella popolazione polacca. Egli constatò subito che la vera causa del male era dovuta alle pessime condizioni di igiene e di povertà, e alla presenza di uno stato autoritario e repressivo. Lo scienziato sostenne l'esigenza di una *"epidemiologia sociologica"* e suggerì come ricetta preventiva ***"l'istruzione, accompagnata dalle sue figlie: la libertà e la prosperità."***

Storia della salute – da privilegio a diritto (G. Berlinguer)



Determinanti di salute – Riduzione mortalità

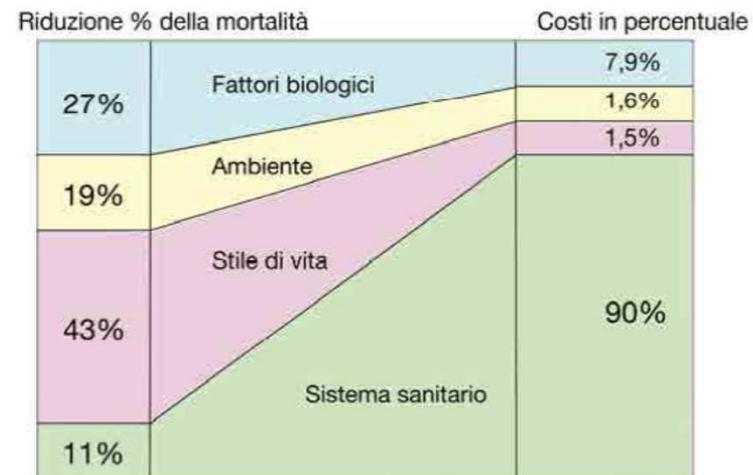
Più salute o più prestazioni?

La medicina si comporta come se tutte le malattie avessero una causa biologica e fossero trattabili con farmaci e chirurgia.

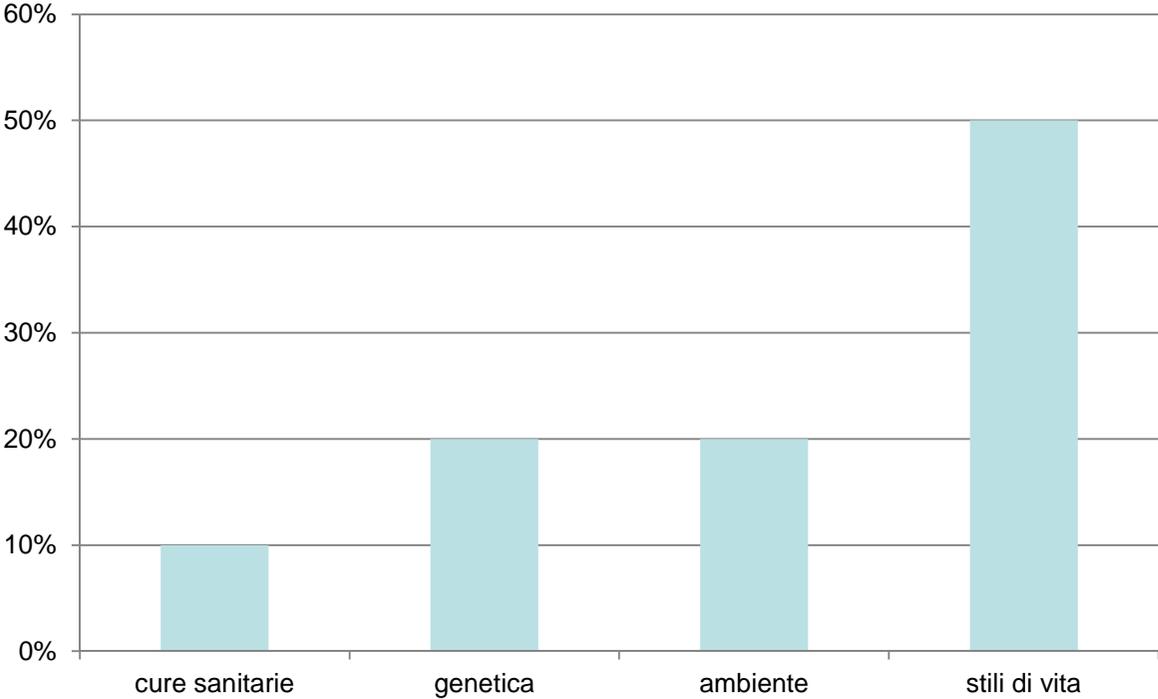
I servizi sanitari spiegano solo l'11% della mortalità prevenibile.
Il rimanente 90% è associata a stili di vita, fattori ambientali, sociali e culturali, predisposizione genetica e ... caso.

Shortell - JAMA 2013

GRAFICO DI DEVER



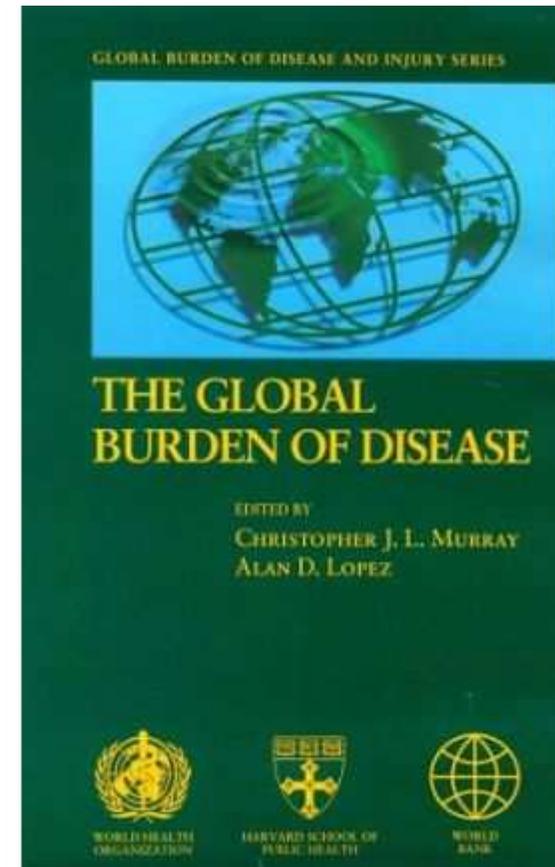
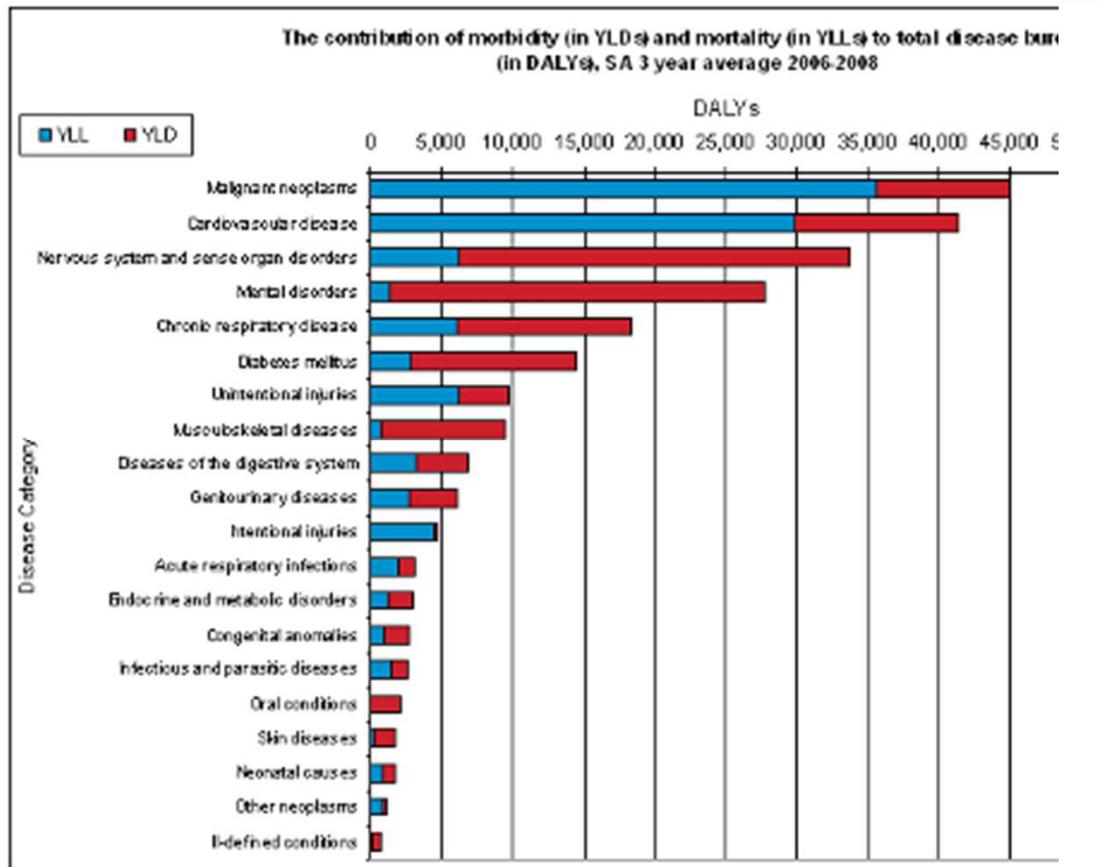
Determinanti di salute - Longevità



Fattori che influenzano la longevità

Badura B. - Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe, 1995

Burden of disease



Costi della cronicità

patologia	Percentuale assorbimento dei costi
diabete	9%
cancer	10%
demenza	17%
stroke	4%
heart disease	16%
totale	56%

Dati da fonti varie – United Kindom (cit. R. Tarricone, CERGAS)

**In USA
1 trilione di
\$/anno**

Eliminare gli sprechi in sanità

 SPECIAL COMMUNICATION



ONLINE FIRST

Eliminating Waste in US Health Care

Donald M. Berwick, MD, MPP

Andrew D. Hackbarth, MPhil

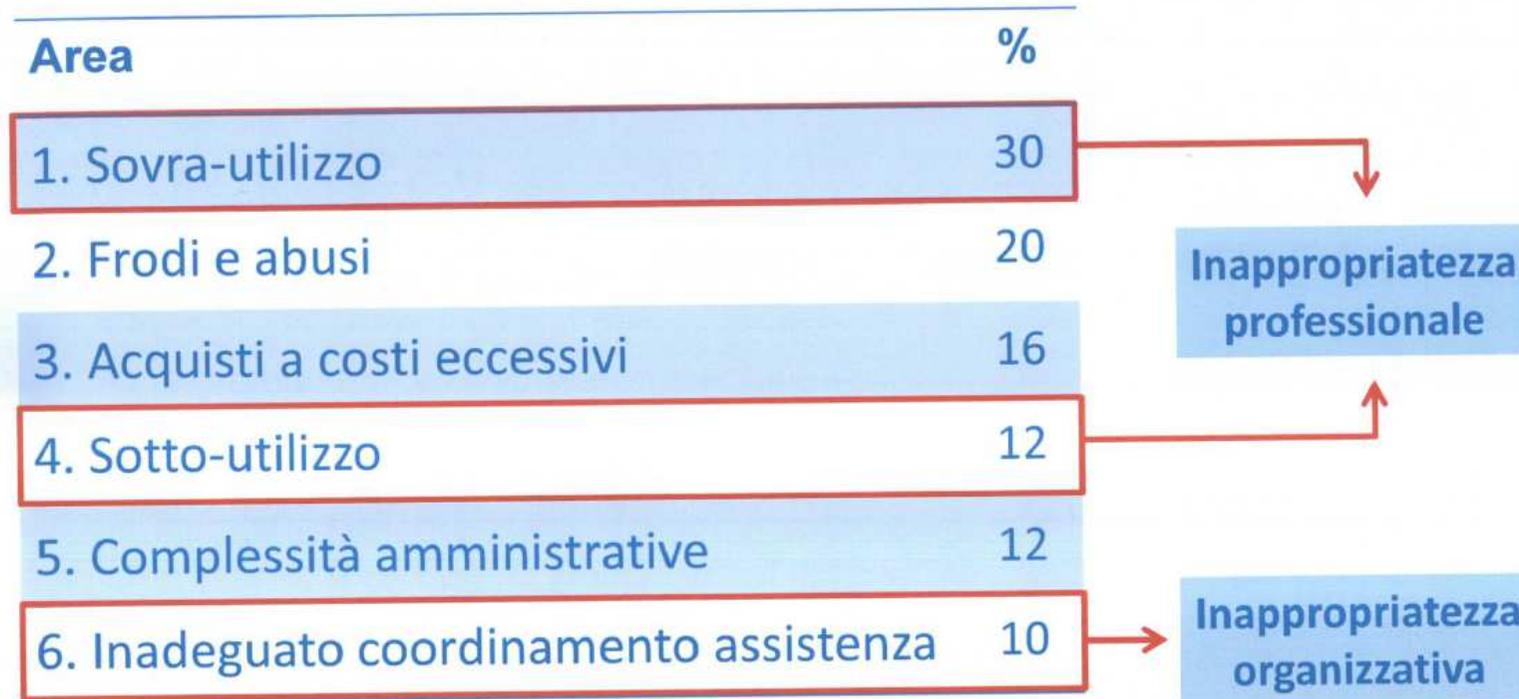
JAMA. 2012;307(14):doi:10.1001/jama.2012.362

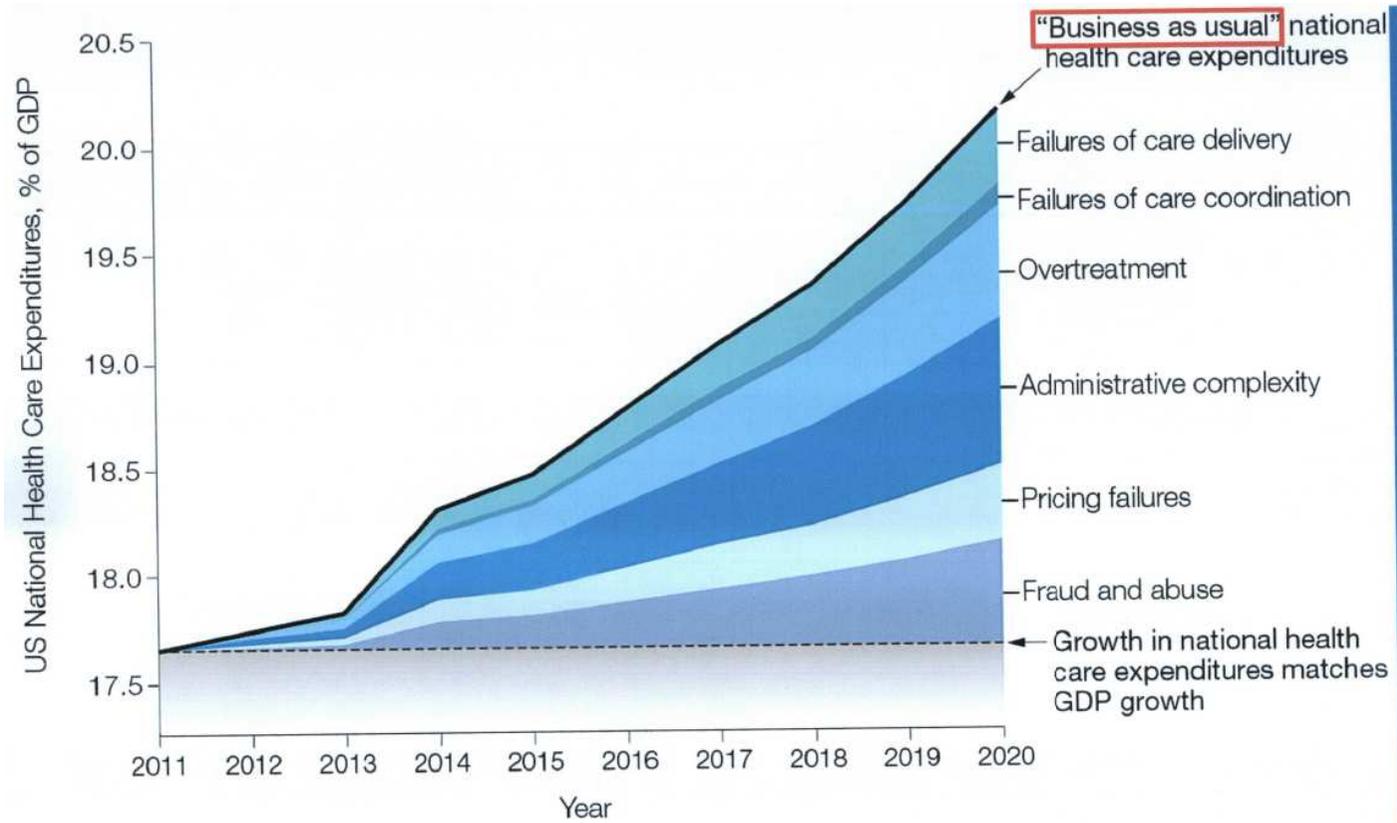
Impatto degli sprechi sul SSN

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

Aree di disinvestimento





GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it



Dai cunei di stabilizzazione alla querelle degli sprechi nel SSN



ANGOLO DI PENNA



...umentare le complicità, ri-
veri ospedalieri e interventi sa-
sosi, causare assenze dal lavoro.
no, coordinamento dell'assis-
gli sprechi conseguenti al "rim-
niente tra setting assistenziali di-
colare tra ospedale e territorio.
ento dell'assistenza è particolar-
nei pazienti con malattie cro-
ni, l'assistenza a livello di cure
essere integrata con interventi
ricoveri ospedalieri, utilizzan-
ategie della transitional care.
lizzo di interventi diagnostici
Overreatment e overdiagnosis
lla convinzione professionale e
la medicina l'imperativo domi-
to better", alimentando la medi-
È la categoria più consistente
incrementa sia il rischio clinico
i costi, procedur diagnostiche
siste
o p
in
scrim
fien

La sfida per contenere gli sprechi in Sanità è analoga: le principali categorie di sprechi rappresentano cunei del triangolo di stabilizzazione per evitare il crollo del sistema sanitario. Infatti, persistendo le attuali modalità di gestione (*business as usual*), la continua ascesa degli sprechi rischia di assorbire un eventuale maggior gettito finanziario di risorse pubbliche o private.

Berwick e Hackbarth hanno identificato sei fonti maggiori di spreco che costituiscono almeno il 20% dei costi sanitari:

- **Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci.** Conseguono principalmente ai gap tra ricerca e pratica; può ritardare o impedire lo stabilizzamento.
- **La sfida per contenere gli sprechi in Sanità è analoga: le principali categorie di sprechi rappresentano cunei del triangolo di stabilizzazione per evitare il crollo del sistema sanitario.**
- **Complessità** a carico di obblighi, po prezioso ai pr contesto dove, p personale amministrativo, consistente voce d categoria di sprechi, tra eccessiva burocrazia e iper burocratizzazione e iper burocratizzazione.
- **Tecnologie sanitarie** eccessivi. La man standard e l'assen fanno sì che i costi tecnologie sanitarie si valore reale, con d

zionario stimato ante-manovre e quello reale post-manovre (DL 78/2010, DL 98/2011, DL spending review e decreto di stabilità 2013).

Senza entrare nel merito dell'insoddisfazione di tutte le categorie di stakeholders, non sempre scovata da conflitti di interesse, è ovvio che l'entità e la rapidità dei tagli, oltre ad avere conseguenze negative per la salute dei cittadini - in particolare per le fasce socio-economiche più deboli - potrebbero determinare un imprevedibile e non quantificabile incremento dei costi.

Eppure, negli ultimi anni la letteratura internazionale ha fornito numerosi suggerimenti - alcuni dei quali ripresi in questa rubrica - per garantire la sostenibilità dei sistemi sani-

Disinvestire da sprechi e inefficienze: la chiave per la sostenibilità del SSN



...ni settori sanitari, oggi i 25 miliardi sottratti da varie manovre nel periodo 2012-2015, la sanità pubblica ha recentemente lasciato per strada altri 6,8 miliardi, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute, senza tenere in considerazione le raccomandazioni dell'OCSE che, nel rapporto sul SSN del gennaio 2015, ribadiva la

...tà di "garantire che gli sforzi in atto per ridurre la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza". Al contrario, il riavvicinamento della sanità pubblica in Italia pericolosamente avvicinando a limiti che mettono la salute delle persone.

...ustificare altri canali di finanziamento, e se i ticket rappresentano uno strumento per la politica e, oggi, poco sostenuto da una popolazione fortemente impoverita. Le Regioni mantengono autonomia di scelte dimostrandone i variegati interventi sulla partecipazione alla spesa dei cittadini. Nel tempo, l'intermediazione assicurativa si sta

nell'ambito della campagna "Salviamo il Nostro SSN", ha adattato al contesto italiano la tassonomia di Don Berwick degli sprechi in sanità, stimando un impatto di oltre 25 miliardi/anno, assorbiti da sei categorie di sprechi: sovrutilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate, frodi e abusi, tecnologie sanitarie e beni e servizi non sanitari acquistati a costi eccessivi, sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate, inadeguato coordinamento dell'assistenza. È stato quindi sviluppato il framework per un efficace disinvestimento nel SSN - oggetto di un protocollo di intesa siglato con l'Agenas - basato su un approccio di sistema che sotto una regia nazionale deve estendersi a cascata, attraverso le autonomie regionali, all'organizzazione ed erogazione di servizi e prestazioni a livello delle Aziende sanitarie.

Se vogliamo realmente mantenere un modello di sanità pubblica, equa e universalistica, il tema della sostenibilità deve essere posizionato su un orizzonte temporale più ampio su cui effettuare una programmazione di medio-lungo pe-

Considerato che, secondo le stime della Fondazione GIMBE, il tendenziale a 10 anni identifica nella riqualificazione della spesa sanitaria la principale fonte di incremento di risorse per il SSN, è indispensabile che le istituzioni diano chiari segnali di voler realmente preservare un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico. In particolare il Governo deve:

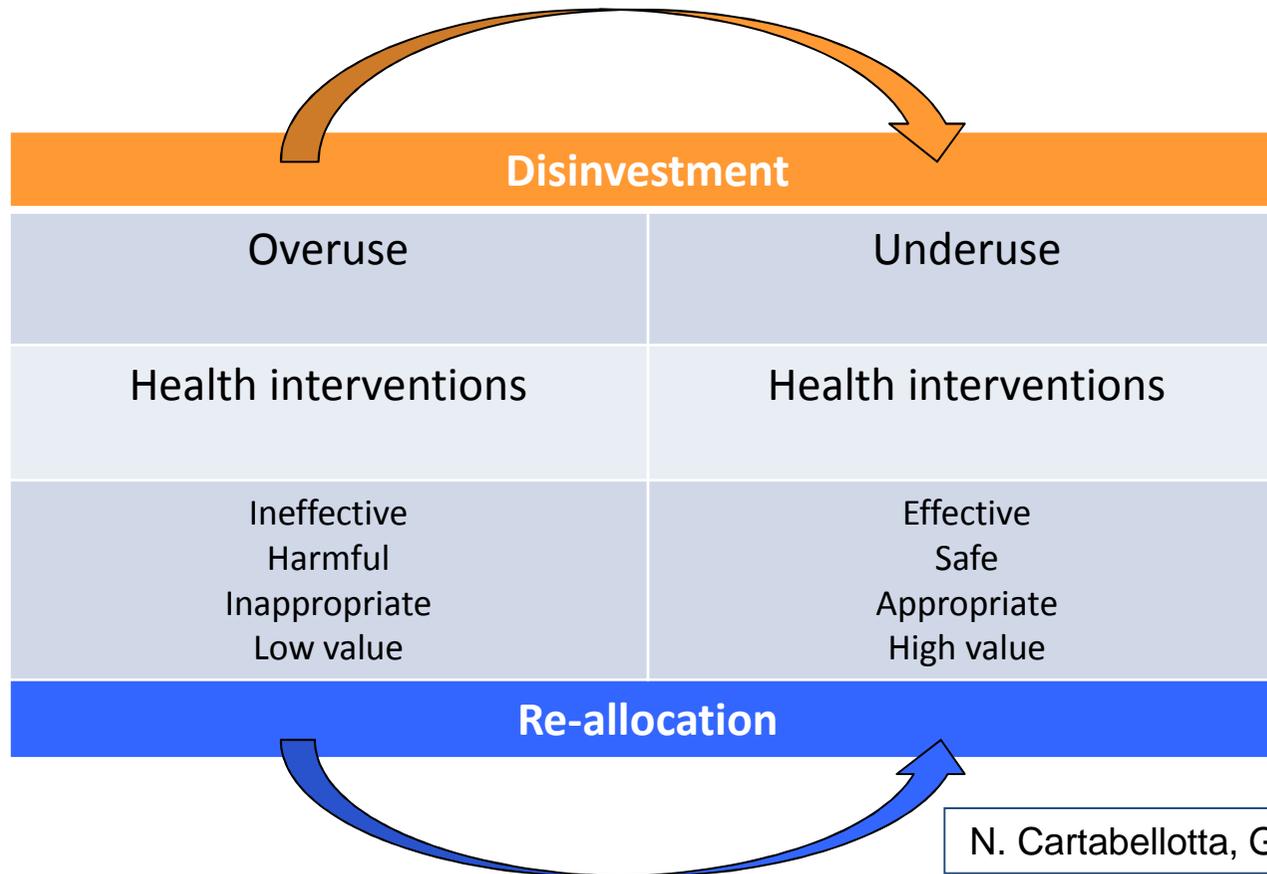
- Offrire ragionevoli certezze sulle risorse da destinare alla sanità pubblica, nella consapevolezza che il deflazionismo si sta pericolosamente avvicinando a limiti che riducono l'aspettativa di vita della popolazione.
- Avviare un'adeguata governance per regolamentare l'intermediazione assicurativa, identificando quali prestazioni, idealmente solo quelle non essenziali, possono essere finanziate da risorse private.
- Rendere realmente continuo l'aggiornamento dei LEA che devono essere collegati a criteri di appropriatezza clinica e organizzativa.
- Potenziare gli strumenti di indirizzo e verifica sui 21 sistemi regionali per garantire equità d'accesso a tutti le persone e coordinare il processo di sprechi e inefficienze.

le Regioni, chiamate dalla Legge di Bilancio 2017, e 5,48 per gli anni 2018 e 2019, e con la certezza recuperate rimangono in sanità, e mantenere un rigoroso processo di sprechi e inefficienze, dando e coinvolgendo attivamente le Regioni, e questo, a cascata, professori e cittadini. In alternativa, difficili per la sanità non saranno lineari governi a decidere dove tagliare, dalla stessa Legge di Stabilità.

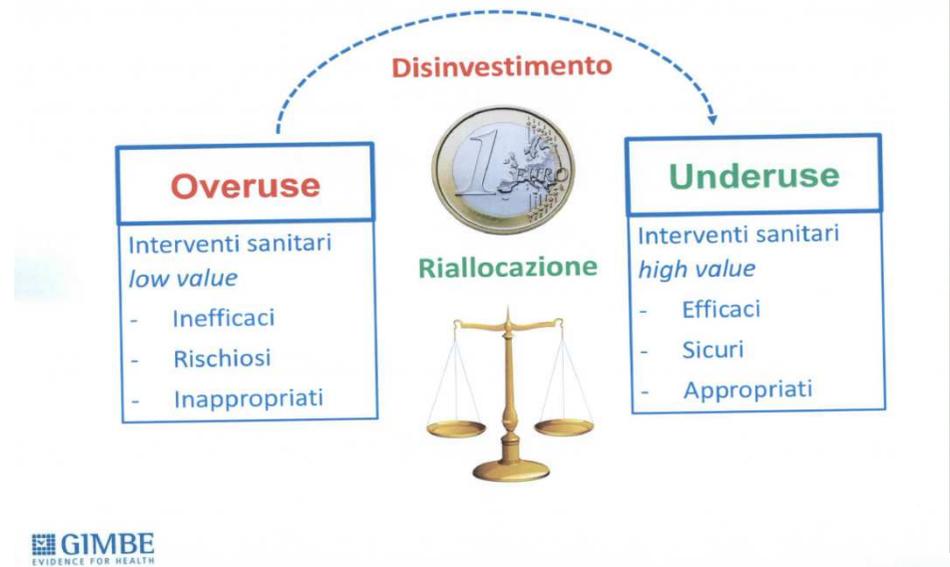


Il Sole 24 ORE Sanità
1-7 dicembre 2015
pag 14-15

Disinvestment for reallocation



Overuse and underuse



Due facce della stessa medaglia

Use variability

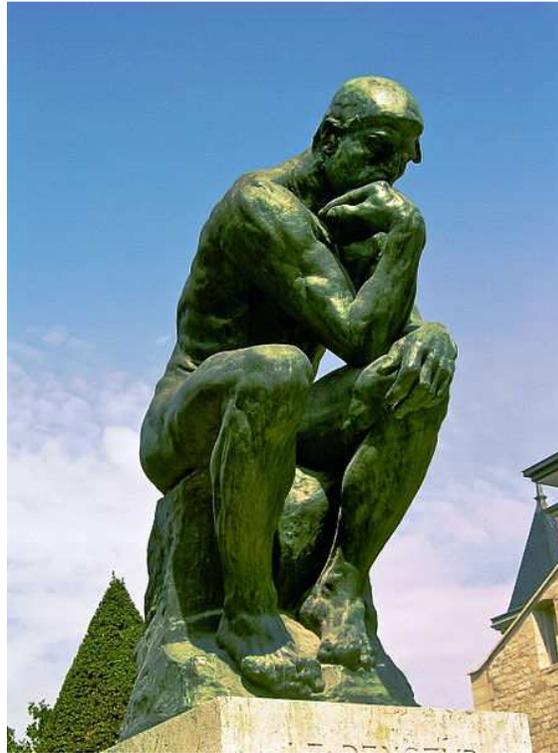
Which rate is right?

Qual è la frequenza appropriata di quest'intervento?



J. Wennberg
Which rate is right?
N Engl J Med (1986)

La soluzione sta forse nella appropriatezza?





L'ARABA FENICE DELLA APPROPRIATEZZA

Prendersi cura del paziente giusto nel modo giusto nel posto giusto nel tempo giusto e con il giusto consumo di risorse.



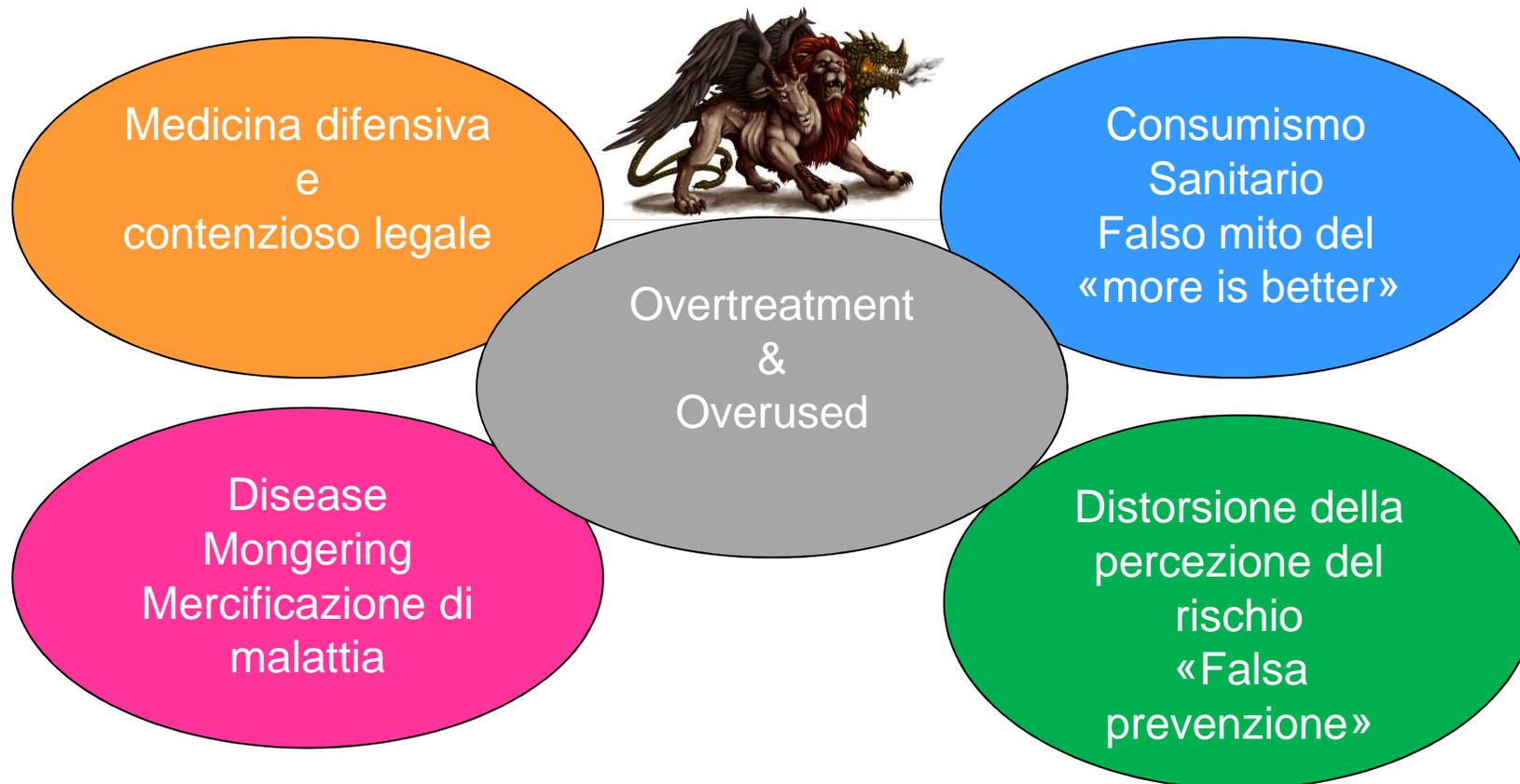
L'APPROPRIATEZZA SOGNO,
MIRAGGIO O NEMESI ?

Gli interventi terapeutici o diagnostici si definiscono appropriati quando il beneficio in termini di salute supera le conseguenze negative, con un margine sufficiente a giustificarne l'uso («worth doing»).

Park RE, Fink A., Brook RH et al. (1986)

INAPPROPRIATEZZA E' UNO SPRECO?

Attenzione alla eccessiva semplificazione di problemi complessi



Contrastare gli sprechi nella pratica clinica La necessità di idee appropriate sull'inappropriatezza

Fausto Nicolini¹, Roberto Grilli²

¹Direttore Generale, Azienda USL Reggio Emilia; ²Direttore Programma Governo Clinico, Azienda USL Reggio Emilia

Riassunto. L'attuale dibattito sulle possibili soluzioni per assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale sta portando l'attenzione sul tema dell'inappropriatezza nella pratica clinica, vista come parte della più generale questione della 'lotta agli sprechi'. L'assunzione è infatti che eliminando, o quanto meno riducendo, l'utilizzo di interventi e modalità di assistenza inefficaci, o comunque di scarso valore clinico, sia possibile recuperare risorse significative. Pur condividendo la necessità di porsi il problema, questo contributo vuole sottolineare come l'inappropriatezza sia prevalentemente interpretata sulla base di una impostazione concettuale poco incline a considerarne la complessità e sin troppo propensa a semplificare le questioni che attengono a cause, effetti e possibili rimedi all'uso inappropriato di interventi sanitari.

Parole chiave. Inappropriatezza, Servizio sanitario nazionale, sostenibilità.
Classificazione JEL. I10, I18.

Abstract. The current debate on how to assure the sustainability of the Italian National healthcare service is focusing on the issue of the inappropriate use of health services/interventions in clinical practice, within the broader context of policies aimed at reducing waste in healthcare. Indeed, the assumption is that eliminating, or reducing at least, ineffective or low-value care could save a substantial amount of resources. Although sharing the view that addressing this issue is important, this paper argues that the prevalent conceptual framework through which inappropriateness is interpreted is inadequate to fully capture its complexity, in particular as for its causes, implications and possible solutions.

Key words. Inappropriateness, National healthcare service, sustainability.
JEL classification. I10, I18.



Il Pensiero Scientifico Editore

Inappropriatezza: solamente medicina difensiva?

O anche...

Commercializzazione della medicina

Mercificazione della salute

Mito dell'onnipotenza ed eccessive aspettative

Falso mito della prevenzione

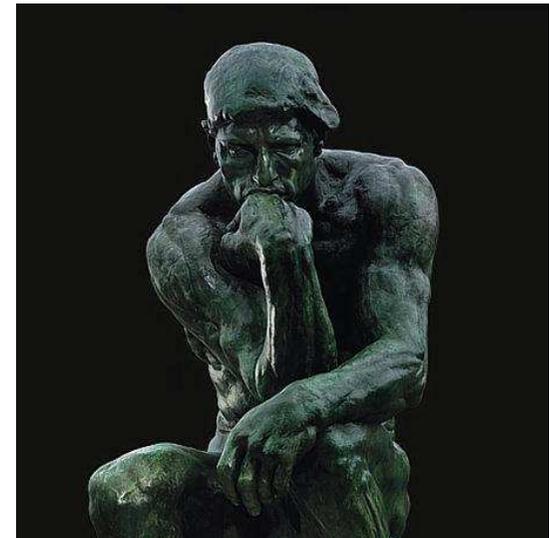
Manipolazione e dis-percezione del rischio

Disease mongering

Marketing pervasivo

Consumismo sanitario

Overused, overdiagnosis, overtreatment

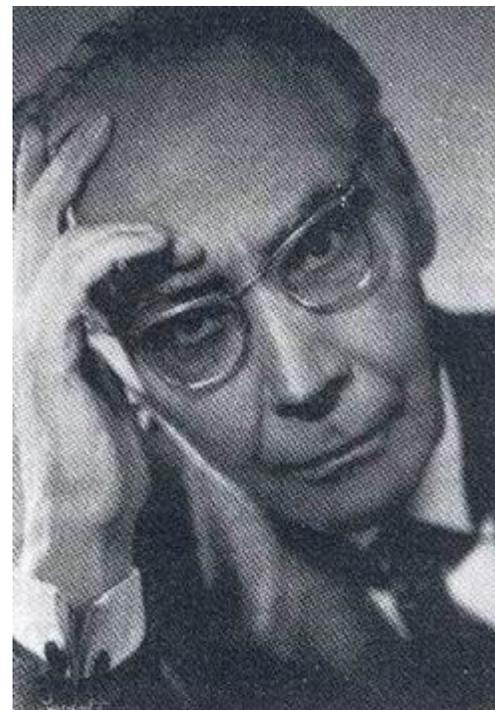


Iperprescrizione ed esami inutili

«...che il malato venga da noi recando sulle braccia montagne di radiografie e di reperti di laboratorio...»

Cesare Frugoni (1881-1978)

Discorso inaugurale del 56° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Roma 3 ottobre 1955



Cit. Giorgio Cosmacini – Prima lezione di medicina

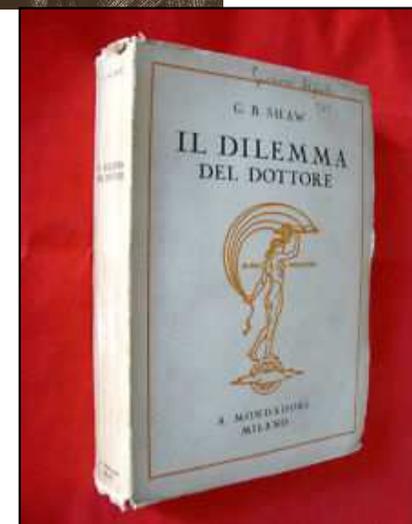
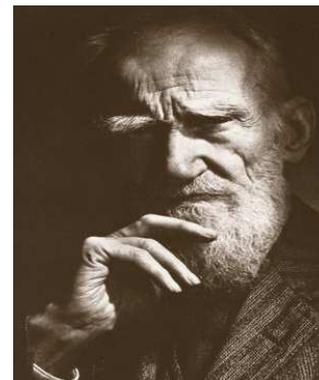


Commercializzazione della medicina?

Per quanto scientifica possa essere una cura, essa non può conservare il suo posto sul mercato se non v'è domanda; né si può tenere lontano dal mercato il più grossolano ciarlatano se vi è domanda di esso.

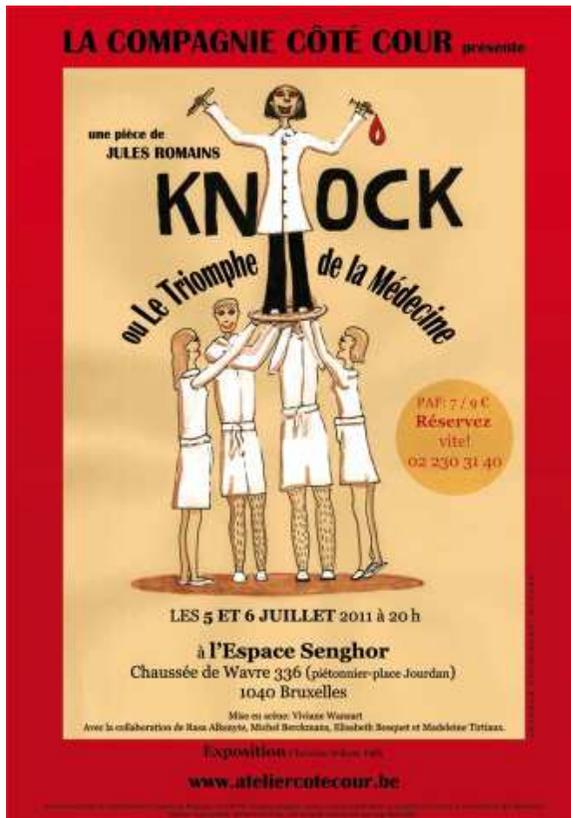
Facendo dei dottori dei commercianti, li costringiamo ad imparare i trucchi del commercio; di conseguenza troviamo che le mode dell'anno includono cure, operazioni, particolari medicine, proprio come cappelli, macchine, balli e giochi.

Tonsille ,appendici vermiformi, ovaie sono sacrificate perché è di moda estirparle e perché l'operazione è molto vantaggiosa



1906

Mercificazione della salute?



Knock, ou le triomphe de la
médecine -Jules Romain

1923

Mercificazione della salute? Marketing pervasivo? Consumismo sanitario?

Tre decenni fa Henry Gadsen, direttore generale di una delle principali case farmaceutiche al mondo – la Merck – rilasciò una sconcertante dichiarazione alla rivista *Fortune*:

“Il mio sogno è creare farmaci per le persone sane, così da poter vendere proprio a tutti.”



Convincere i sani a considerarsi malati

La medicina italiana sta realizzando il suo sogno: un paese tutto da curare, ammalati e sani nello stesso mazzo. Ma a che prezzo? E con quali risultati?

Roberto Volpi
L'amara medicina

O inventarsi nuove malattie

DDPM
Pre-Menstrual Dysphoric Disorders
(Disturbo disforico premenstruale e uso della fluoxetina)

«Non-coeliac gluten sensitivity»
La sensibilità al glutine non celiaca

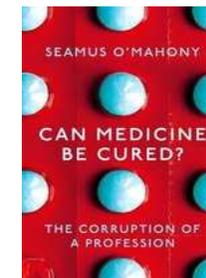
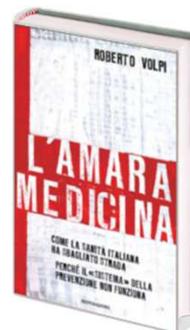
Livelli di colesterolo alto. E' possibile che nella popolazione vi siano più malati che sani?

L'alba della nuova era del colesterolo giunse nel 1987, quando la Merck lanciò la prima delle statine, il Mevacor, tra l'eccitazione generale del mondo farmacologico. Il Mevacor era omologato anche per livelli di colesterolo bassi, il che significava che poteva venire pubblicizzato e prescritto a gente sana: un mercato potenzialmente sconfinato.

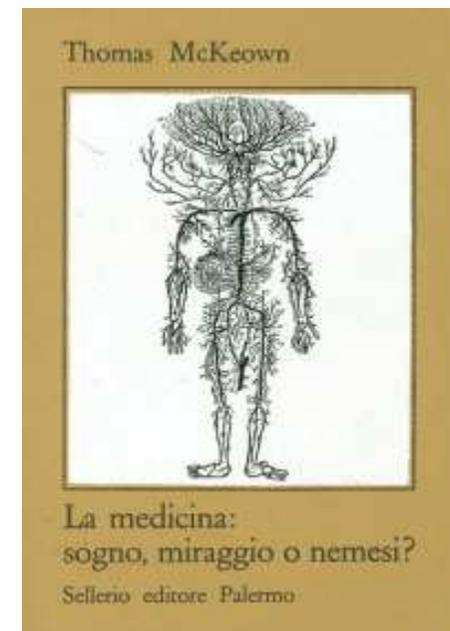
Le vendite di questi farmaci sono salite alle stelle nell'ultimo decennio perché il numero di persone classificate come affette da «colesterolo alto» è cresciuto in maniera esponenziale. Come per molte altre malattie, la definizione di «colesterolo alto» viene periodicamente rivista e ampliata in modo da classificare come malate un numero sempre maggiore di persone sane. Con il trascorrere del tempo i confini che delimitano le malattie pian piano si allargano e i bacini di potenziali pazienti si espandono.

R. Moynihan, A. Cassels

Selling sickness. How drug companies are turning us into patients

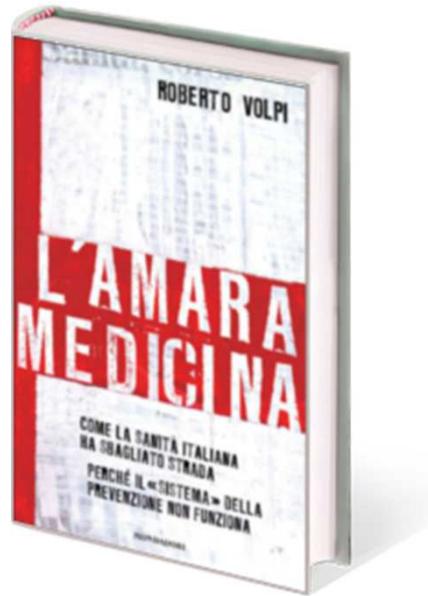


Mito dell'onnipotenza e eccessive aspettative

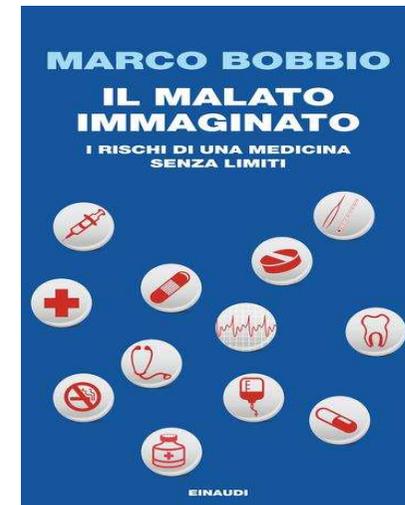


Il falso mito della prevenzione

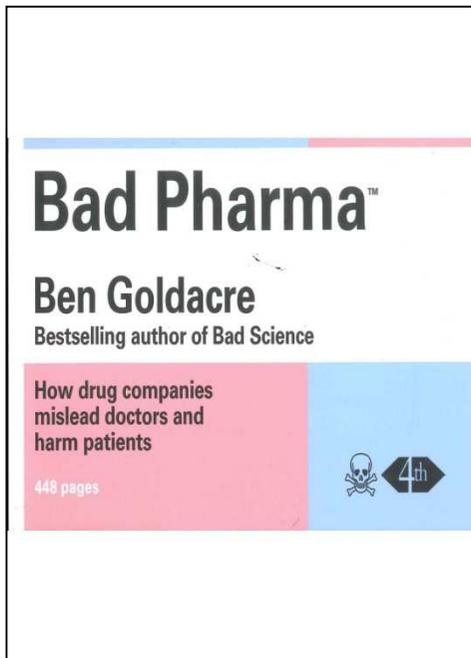
La dispercezione del rischio



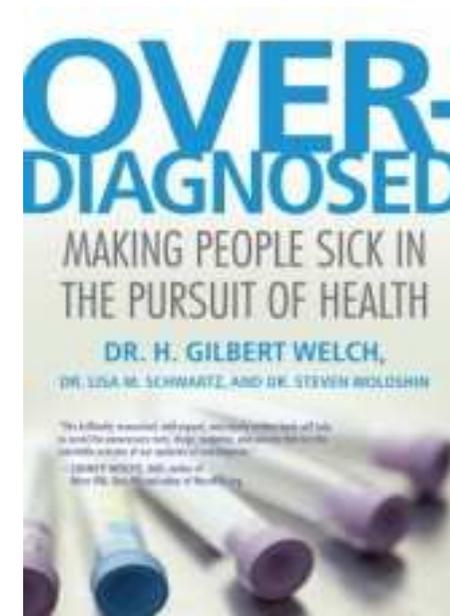
Il «disease mongering»



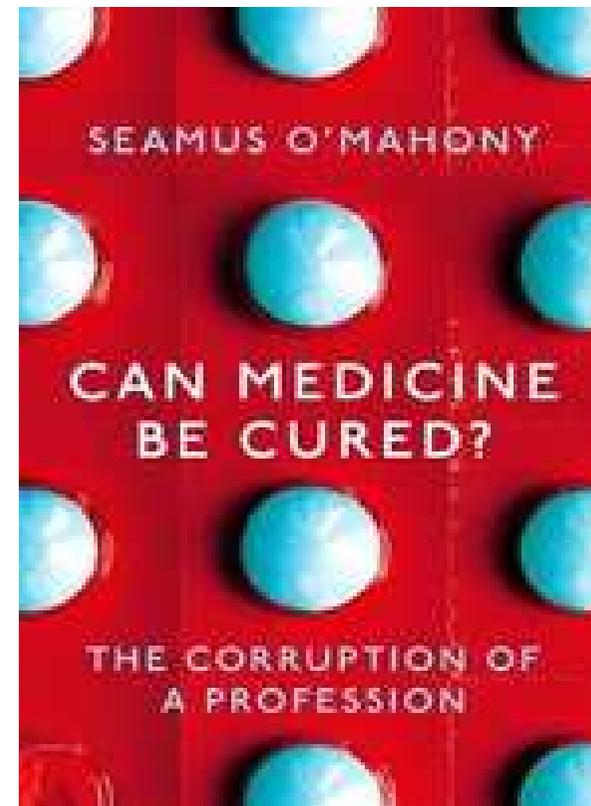
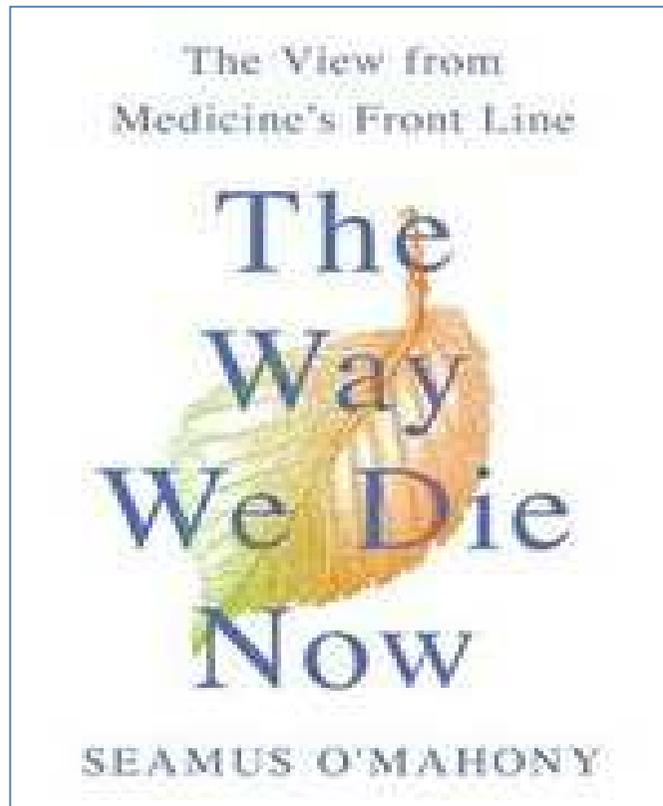
Marketing pervasivo



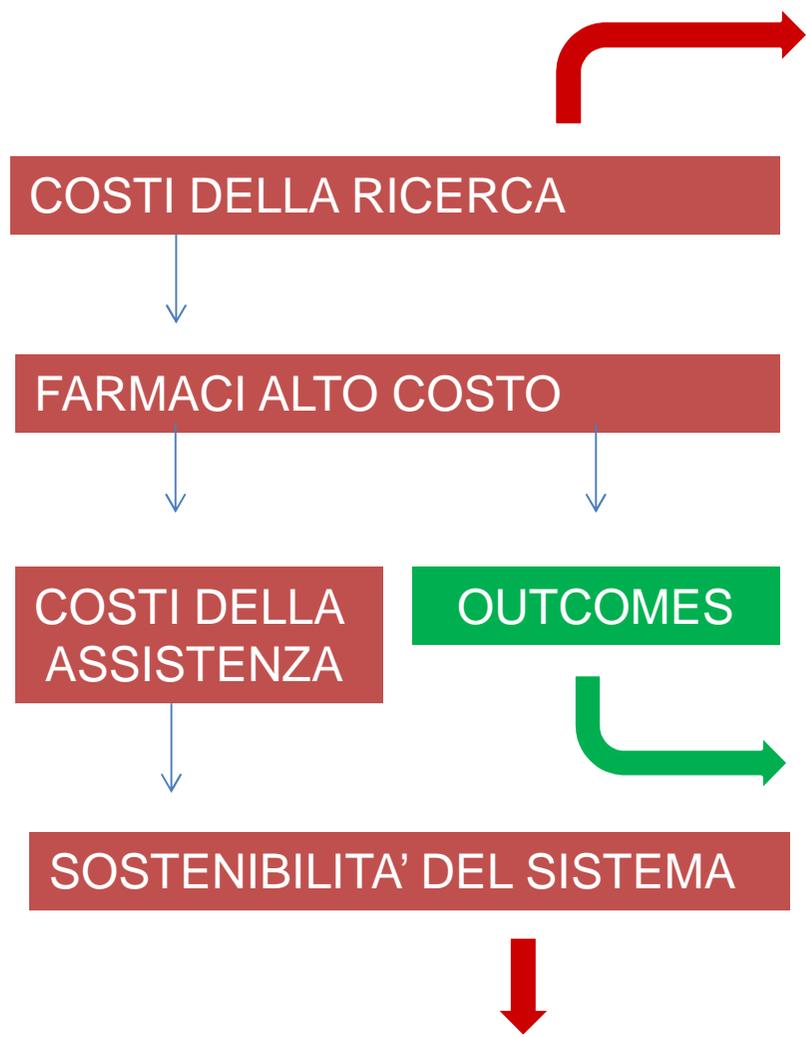
Overdiagnosi



Un «nuovo eretico» tra Ivan Illich e James Le fanu



Richard Smith: *The most devastating critique of medicine since Medical Nemesis by Ivan Illich in 1975 – BMJ – February 13, 2019 –thebmj.com*



Il costo delle cure in sanità, e in particolare il **costo dei farmaci oncologici**, è andato crescendo fino a minacciare la **sostenibilità del sistema**, costringendo a interventi di controllo della spesa. A essere minacciata non è soltanto la **tenuta del Servizio sanitario pubblico**, ma anche la sostenibilità dei costi dei servizi per i cittadini, che configura un rischio di vera e **propria «tossicità finanziaria.»**

Lo sviluppo di nuove opportunità di cura è particolarmente oneroso, ma una parte sostanziale del costo finale dei farmaci e di altri beni sanitari è dovuta alla attività di **promozione e marketing**. Inoltre, gli **interessi di profitto dell'industria** possono prevalere su quelli di economicità e di equità di accesso alle cure del Servizio sanitario pubblico.

Position Paper CIPOMO sul conflitto di interessi
 Roma, Ministero della Salute 15 febbraio 2019

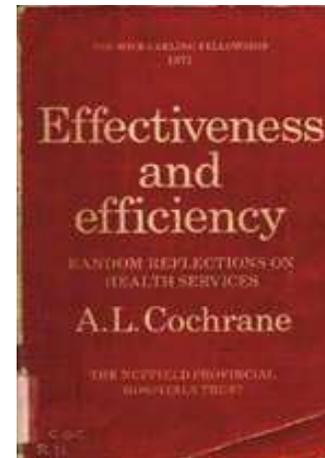
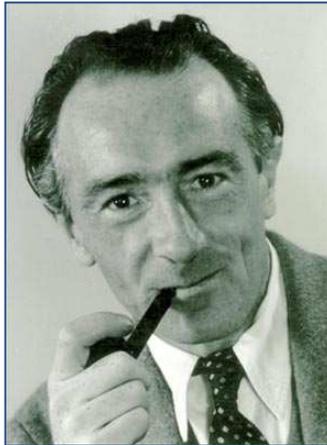
Una revisione di 14 nuovi farmaci ha rilevato che la vita media extra risparmiata è stata di 1,2 mesi. I trattamenti hanno spesso effetti collaterali il che significa che la qualità della vita in quelle poche settimane extra è spesso scarsa.

I progressi della cura del cancro ora ricordano la guerra in trincea della prima guerra mondiale, dove si potrebbero guadagnare alcune centinaia di metri di territorio a spese di migliaia di vite.

Seamus O' Mahony
Can medicine be cured?

836 farmaci o vaccini anti-tumore work in progress nella ricerca
 Giuseppe Turchetti – Scuola S. Anna di Pisa – 26° EAHM Congress – Bologna, 13 ott 2016

Un problema solo di efficienza?



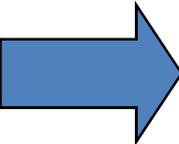
In sanità non c'è efficienza senza efficacia (Archibald Cochrane)

Quale qualità da garantire?

Quality Assurance

- 1. Efficacia
- 2. Efficienza
- 3. Accettabilità
- 4. Accessibilità
- 5. Equità
- 6. Rilevanza

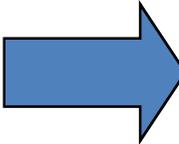
Maxwell RJ, 1984



Clinical Governance

- 7. Appropriatelyzza
- 8. Sicurezza

Wareham N, 2001



High Value Health Care

9. Valore

Muir Gray J N, 2008



O è un problema di valore?



Selezionare le prestazioni, i programmi che hanno dimostrato di essere efficaci, appropriati e rilevanti perché producono valore aggiunto in termini di risultati di salute vuol dire selezionare una **sanità di valore** (VALUE) sulla quale concentrare l'allocazione e l'utilizzo delle risorse, disinvestendole da tutto ciò che si è dimostrato uno spreco.

O è un problema di valore?

Disinvestire per riallocare



C'è bisogno che qualcuno sia responsabile di prendere decisioni sull'allocazione delle risorse: ognuno vorrebbe fare parte di coloro che attribuiscono più risorse, mentre pochi sono coloro che ambiscono a far parte di quelli che decidono di tagliarle o di rifiutare risorse a gruppi di pazienti che ne hanno bisogno.

Ma qualche povero diavolo dovrà pur farlo questo lavoro!



EDITORIALS

Value based healthcare

Reducing unwarranted variation to maximise the value of healthcare for populations

Muir Gray *visiting professor*

Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, Oxford, UK

How can the gap between need and demand on the one hand and resources on the other be closed or even narrowed? Since the global financial collapse most countries have reduced or reversed annual increases in the resources invested in health services, creating a big problem for those who pay for or manage health services, many of whom are also clinicians.

The techniques that have been developed over the past 20 years include evidence based decision making (to ensure that only interventions with strong evidence of cost effectiveness are used), quality improvement (to improve outcomes), and cost reduction. These are all necessary but not sufficient. A new approach is emerging called value based healthcare, which aims to increase the value that is derived from the resources available for a population.

The Choosing Wisely campaign, led in the United Kingdom by the Academy of Medical Royal Colleges, has identified many interventions that could be substantially reduced without adverse effects on the population. The BMJ's leadership on overdiagnosis and "too much medicine" focuses more on the need to evaluate interventions that are effective but of low or negative value when used to excess. Clinicians are unaware that they are using an intervention excessively, as Jack Winberg first showed in his classic studies in New England. These studies led to the publication of the Dartmouth Atlas of Healthcare and the concept of unwarranted variations—that is, variation that cannot be explained by need or by the preferences of populations.¹

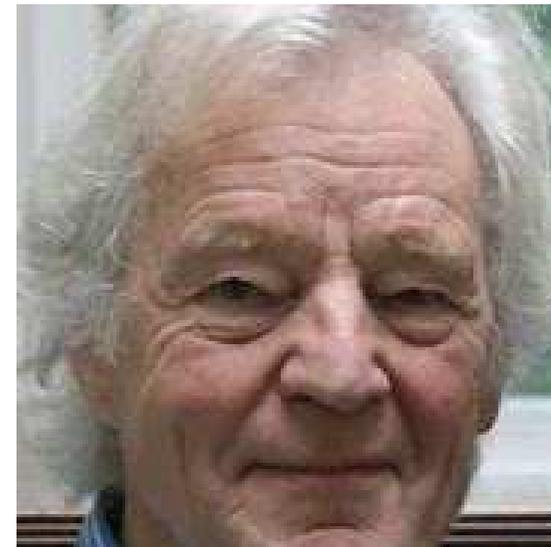
The NHS Atlas of Variation from the NHS RightCare programme, which was introduced to get more value from resources, are based on his model. They show wide variation in funding, access, and outcome.² Sometimes the variations relate to quality of care and are easy to interpret—the proportion of patients in a hospital admitted to a stroke unit, for example. More challenging questions arise when the population is used as the denominator. What is the right population level of investment for people with musculoskeletal problems, for example, when investment varies 1.9-fold across England? What is the right rate of knee arthroscopy (4.6-fold variation)? What proportion of people "should" die at home (1.7-fold variation)? These are questions of value not quality, and they raise the possibility of both overuse and underuse.

Value has two dimensions when considering populations. The first is allocative value—how well the resources available for the whole population have been allocated to different groups, such as people with cancer or people with mental health problems. Financial allocation to both these groups varies 1.9-fold across different commissionees, and there is no evidence that this is the result of deliberative decision making or related to need. Then greater variations in spending exist for subgroups within each programme budget—for example, differences in allocations for asthma, chronic obstructive pulmonary disease, or sleep apnoea within the budget for respiratory problems—and this second level of allocative value must be the responsibility of clinicians. Once the resources have been allocated they have to be used optimally for everyone in need in the population—for example, for all elderly people with frailty or all adults with atrial fibrillation.

There is, however, an important difference in the use of the term value in the American literature. Papers from the US reporting the effect of "value based pricing" measure value by relating outcomes to resource use in patients treated by an accountable care organisation. However, the populations served by these organisations are not always easy to define³ and are not the same as the populations of geographically defined health services such as those operating in the United Kingdom, Italy, or Scandinavia.

Reporting on the cost of achieving particular outcomes is important but would be termed efficiency, not value, in the NHS. Health professionals in the NHS are responsible for clearly defined populations and need to be constantly aware of the possibility of both underuse of their services by people in greater need and overuse by those in lesser need.

Doctors who manage clinical services are responsible for optimising outcomes for their patients, at the lowest possible cost. In other words, they are responsible for maximising the efficiency of the service. But optimising value for the whole population requires a different approach, and this has been called population medicine. Clinicians with responsibility for population healthcare, as distinct from service efficiency, must ensure that the right people reach the right service. This might mean, for example, switching resources along the whole care pathway from drug treatment to prevention, or vice versa, or



muir.gray@medicos.nel

For personal use only: see rights and permissions <http://www.bmj.com/page/permissions>

Subscribe <http://www.bmj.com/subscribe>

THE VALUE-BASED SYSTEM

The strategic agenda for moving to a high-value delivery system has six interdependent elements.



SOURCE MICHAEL E. PORTER



NUOVE TECNOLOGIE

Come garantire la innovazione se le risorse nel sistema non crescono?

IL DILEMMA ETICO DEL SOFOSBUVIR

300.000 persone HCV positive eleggibili
(oltre un milione gli HCV +?)

70.000 con complicanze gravi
susceptibili al trattamento (cirrosi, fibrosi,
insufficienza epatica cronica, lista
trapianto)

35.000 € il costo medio di un trattamento
(ma negoziabile su accordi con le Ditte)

50.000 potenziali trattati

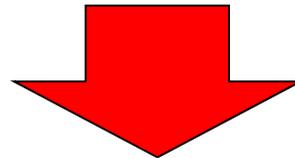
Costo per il SSN: alcuni miliardi di €



Come garantire la innovazione se le risorse nel sistema non crescono?



Trade off between innovation and economic sustainability

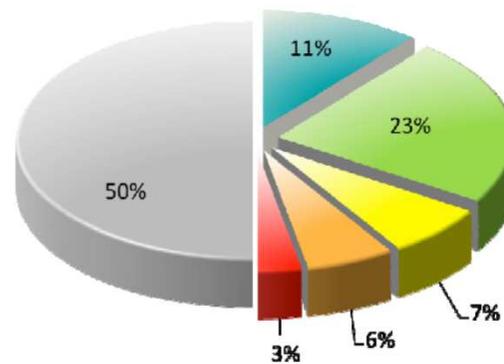


836 farmaci o vaccini anti-tumore work in progress nella ricerca

Giuseppe Turchetti – Scuola S. Anna di Pisa – 26° EAHM Congress – Bologna, 13 ott 2016

Tutto ciò che si fa in medicina è efficace?

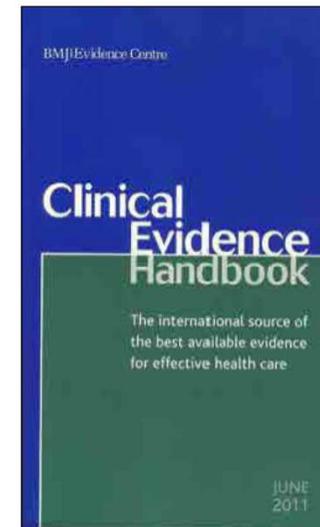
Oltre 3.000 interventi di uso corrente in medicina, classificati in relazione alle prove di efficacia disponibili (2012).



- Efficacia non dimostrata
- Efficace
- Probabilmente efficace
- Equilibrio tra benefici e rischi
- Probabilmente non efficace
- Non efficace o dannoso



Antonio Bonaldi - Presidente di Slow medicine



7



Farmaci me-too

La rivista indipendente di farmacologia **Prescrire**, che ogni anno fa il bilancio del mercato farmaceutico europeo, ha evidenziato che dal 1981 al 2011 sui 4024 “nuovi farmaci” messi sul mercato, solo 9 (0,22%) hanno rappresentato un progresso terapeutico maggiore e 88 (2,19%) un progresso importante (con alcuni limiti), mentre gli altri erano sostanzialmente delle copie di specialità già esistenti o farmaci senza nessun interesse clinico o perfino dannosi (Prescrire 2012).

Il falso mito del nuovo è meglio

Cit. Luca De Fiore- Gianfranco Domenighetti

La manipolazione della ricerca e dell’informazione scientifica
– Politiche sanitarie, anno 14, numero 3, luglio-settembre
2013

NUOVE TECNOLOGIE



NUOVE TECNOLOGIE

Appropriatezza: un'araba fenice ?



NEWS

Avastin torna a carico del Servizio sanitario: vittoria per i pazienti

15 settembre 2014



L'Aifa ha accolto la richiesta di reinserire Avastin fra i farmaci a carico del Ssn. Una vittoria per i pazienti, vittime dell'intesa fra Roche e Novartis per favorire il farmaco più caro (Lucentis) per la cura della maculopatia senile. Accordo che è costato al Servizio sanitario nazionale 1,2 miliardi di euro e per il quale le due case farmaceutiche erano state multate dall'Antitrust. Il ministero, come da noi auspicato, chiede alle due case farmaceutiche di risarcire. Chiediamo che quei soldi vengano riutilizzati a favore dei cittadini/pazienti.



Appropriatezza: un'araba fenice ?

NUOVE TECNOLOGIE



Il caso Ezetimibe



MERCK SHARP&DOHME NON GRADISCE L'INFORMAZIONE INDIPENDENTE SUI FARMACI ED ATTACA LA ASL DI MILANO. POI FA MARCIA INDIETRO.

quando il servizio sanitario pubblico fa informazione indipendente sui farmaci verso i propri medici e non indulge, invece, in acritiche relazioni con l'industria farmaceutica, questa insorge e minaccia i dirigenti pubblici di quella informazione e le asl in cui operano. e' quello che è accaduto alla asl di Milano e al dott. Alberto Donzelli. una storia emblematica.

Sostenibilità e appropriatezza: cosa fare

Sustainable health care

6 step con una logica sequenziale

Health Care Needs Assessment

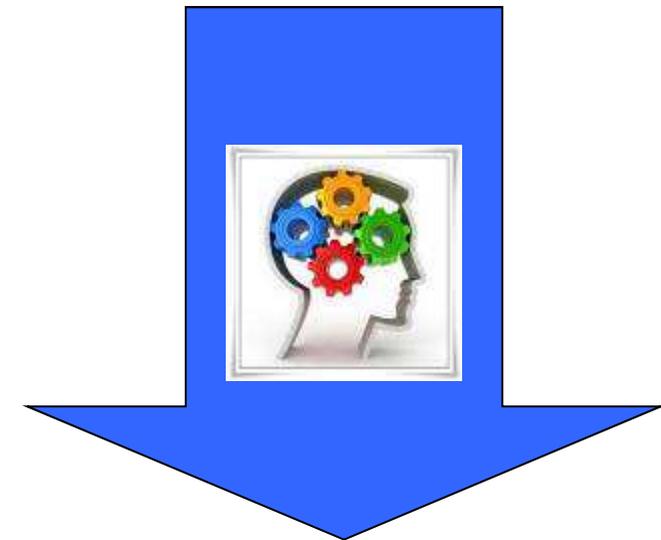
Disinvestment for reallocation

Priority setting in public health care

High value health care

Clinical (and patient) engagement

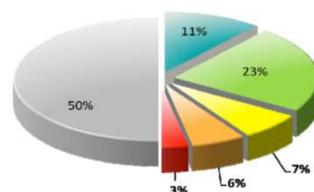
Evidence & Value Decision Making Health Care



Cogliere i segnali che provengono dai professionisti sulla inappropriatelyzza

Tutto ciò che si fa in medicina è efficace?

Oltre 3.000 interventi di uso corrente in medicina, classificati in relazione alle prove di efficacia disponibili (2012).



- Efficacia non dimostrata
- Efficace
- Probabilmente efficace
- Equilibrio tra benefici e rischi
- Probabilmente non efficace
- Non efficace o dannoso



Antonio Bonaldi - Presidente di Slow medicine



Disinvestment for reallocation

Too much medicine

What's your
Slogan?

Choosing wisely

Best care at lower cost

Less is better

Cogliere i segnali che provengono dalle associazioni



The BMJ's Too Much Medicine campaign

The University of Texas Medical Branch
Department of Family Medicine

presented by
Howard Brody, MD, PhD
Director, Institute for the Medical Humanities
Professor, Family Medicine
John P. McGovern, Centennial Chair

as their 2012 Allan C. Shields
Lectureship Grand Rounds Speaker

"Professionalism 101"

Thursday, December 6, 2012
5:30 p.m. - 7:00 p.m.
Primary Care Pavilion, Room 2.268
a light dinner will be served

There is no widely agreed upon, comprehensive definition of "professionalism." Does this mean that no structure in professionalism is possible for medical students and residents? The presentation will propose a stripped-down definition of professionalism that is adequate to construct a curriculum and that also avoids common misunderstandings that now plague professionalism teaching.

Dr. Brody is currently a professor and Director of the UTMH Health Institute for the Medical Humanities. He is considered an authority on medical ethics and currently is the John P. McGovern Centennial Chair.

Dr. Brody holds a doctorate in philosophy in addition to his medical degree, and completed a residency in family medicine. He has published many books related to medical ethics, family medicine, and the philosophy of medicine, as well as numerous articles and other writings. For more information on Dr. Brody and his work, please visit his page on the Institute for the Medical Humanities' website at <http://umh.utmb.edu/about-us/faculty/howard-brody/>

Please RSVP to Tina Salinas @ tsalinas@utmb.edu
This event is sponsored by the Allan C. Shields Lectureship and the Department of Family Medicine.

Howard Brody

Choosing Wisely
An initiative of the ABIM Foundation



BEST CARE AT LOWER COST

The Path to Continuously Learning
Health Care in America

INSTITUTE OF MEDICINE
OF THE NATIONAL ACADEMIES

Cogliere i segnali che provengono dalle associazioni



Evitare ulteriori tragici errori

Il caso della legge sulla responsabilità professionale e la produzione delle
Linee Guida





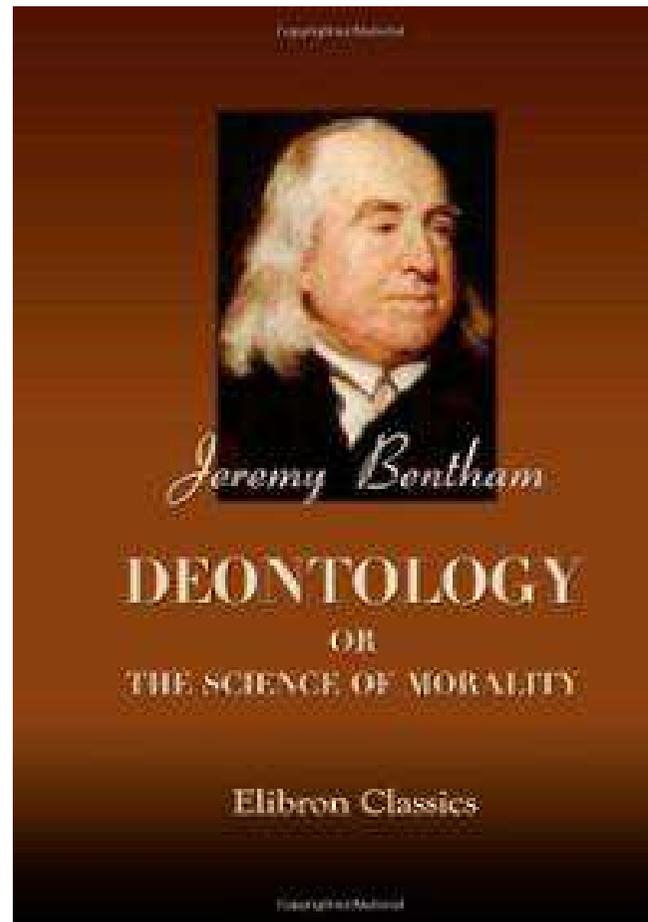
GALILEO GALILEI



EPPUR SI MUOVE....

www.sostenibilitaesalute.org

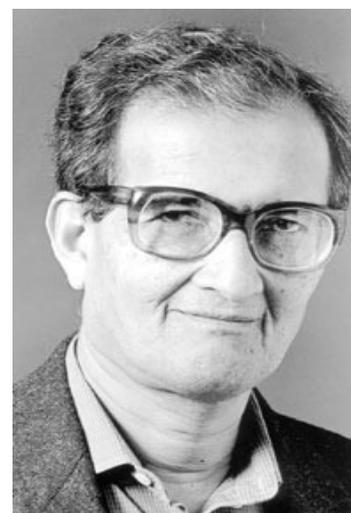
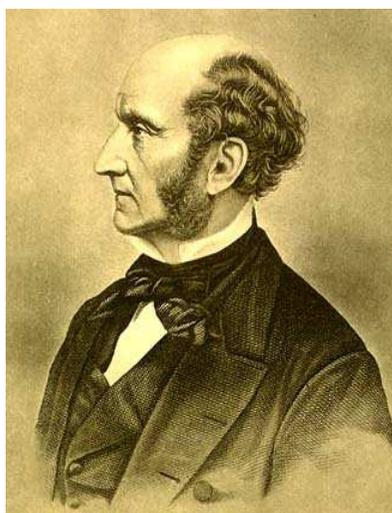
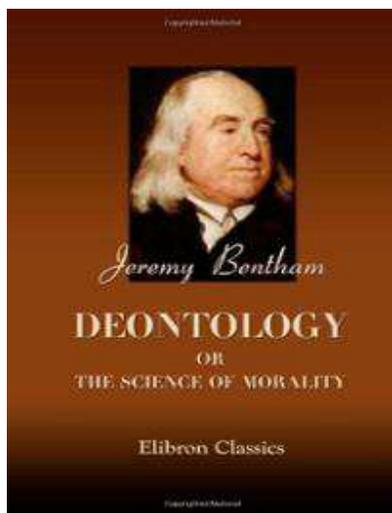
Deontologia ed etica



Quale etica nelle pubbliche amministrazioni in particolare
sull'utilizzo delle risorse ?

Concetto utilitaristico

Il bene o il giusto (la migliore azione) è ciò che genera il maggior
benessere (felicità) per il maggior numero di individui



Mission inconciliabili?

MISSIONE AZIENDALE

**Offrire i servizi sanitari
necessari a garantire
la qualità del
Progetto di Salute
della comunità dei
cittadini della
Provincia di Reggio E.
nel rispetto delle risorse
disponibili**

MISSIONE PROFESSIONALE

**Fare il meglio per i
propri pazienti a
prescindere dalle
risorse impiegate**

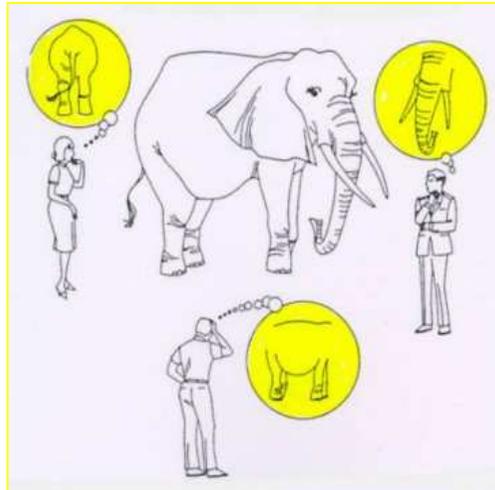


Diversi punti di vista

Kimberly, 2004

Le prospettive del professionista

1. Fare il possibile per il paziente
2. Non preoccuparsi dei costi
3. La qualità basta a se stessa. Confidare nella competenza del medico



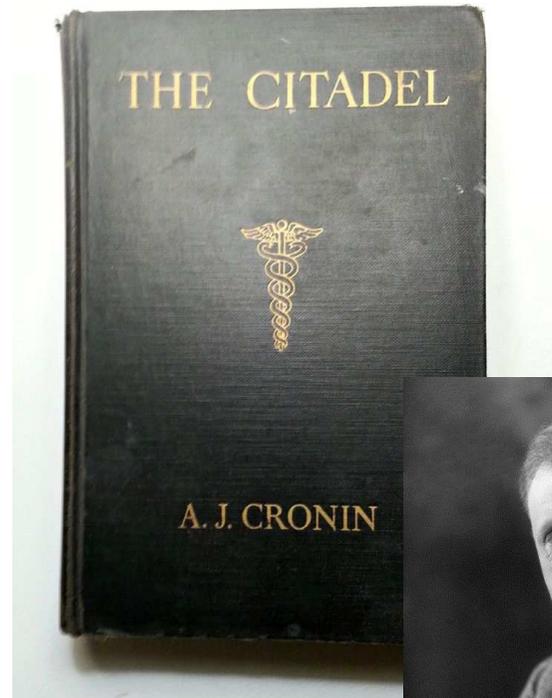
Le prospettive del manager

1. I costi della assistenza stanno aumentando esponenzialmente
2. La ricerca del “valore” in sanità è sempre più rilevante
3. La conoscenza manageriale è sempre più sofisticata

Quale etica nelle pubbliche amministrazioni?

Etica del professionista	Etica del civil servant
Codice deontologico medico	Codice Etico dell'amministratore pubblico
Interesse e benessere del paziente	Interesse e benessere del paziente e della comunità

Deontology OR Business?



1937



Quanti medici come
Andrew Manson?

«Puoi scegliere tra la
medicina o la religione. Io
ho scelto il male minore.»

Archibald Joseph Cronin



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



Illuminare la salute?

La trasparenza consente una corretta messa in luce, che contrasta i comportamenti opportunistici in quanto notoriamente fotosensibili



Etica, trasparenza e legalità nelle Aziende Sanitarie
Il ruolo dei controlli esterni ed interni
Roma, 10-11 giugno 2015

13



- CONFLITTI DI INTERESSE
- COMPORTAMENTI OPPORTUNISTICI
- RENDITE DI POSIZIONE
- NORMALIZZAZIONE DELLA DEVIANZA
- CORRUZIONE

La linea di
confine della
legalità ?



Etica, trasparenza e legalità nelle Aziende Sanitarie

Il ruolo dei controlli interni ed esterni

Roma, 10-11 giugno 2015

11

Nerina Dirindin
Chiara Rivoiro
Luca De Fiore

Conflitti di interesse e salute

Come industrie e istituzioni
condizionano le scelte del medico



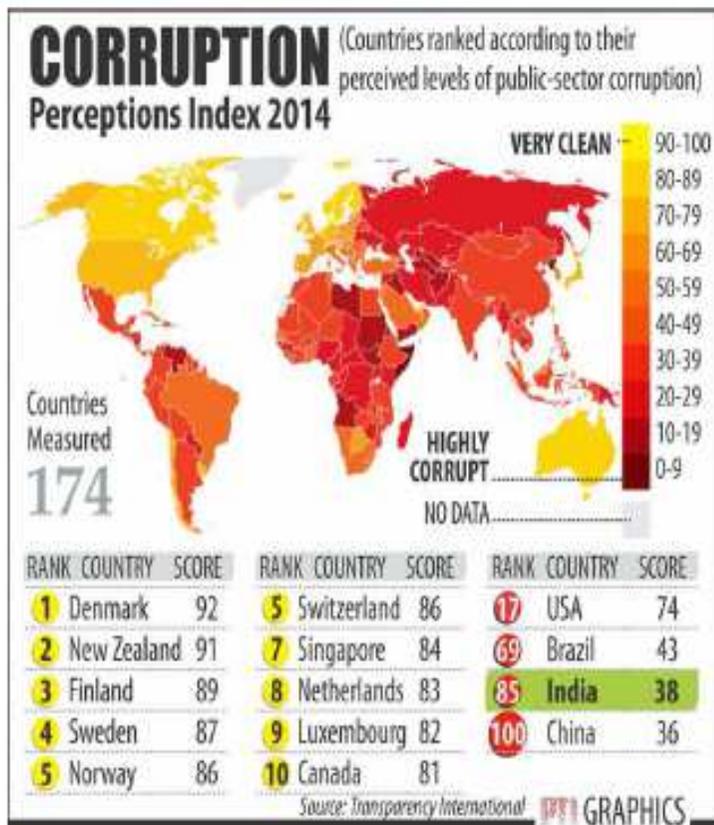


L'innovazione è garanzia di efficacia?

Se il vostro medico vi sostituisce un farmaco che usate da anni e voi vi sentite bene state certi che poco prima ha ricevuto la visita di un informatore farmaceutico.

Gianfranco Domenighetti - Bologna, 14 dicembre 2012

La sanità tra ragione e passione – In ricordo di Alessandro Liberati



Dai dati riportati nel grafico si evince come i primi posti siano riservati a paesi del Nord Europa come Danimarca e Finlandia, mentre l'Italia, al contrario, sia uno dei paesi europei dove non solo il livello di percezione della corruzione è elevatissimo (secondo solo alla Grecia) ma, contrariamente a quanto avviene negli altri paesi in fondo alla classifica, non si registrano da anni segnali di miglioramento.



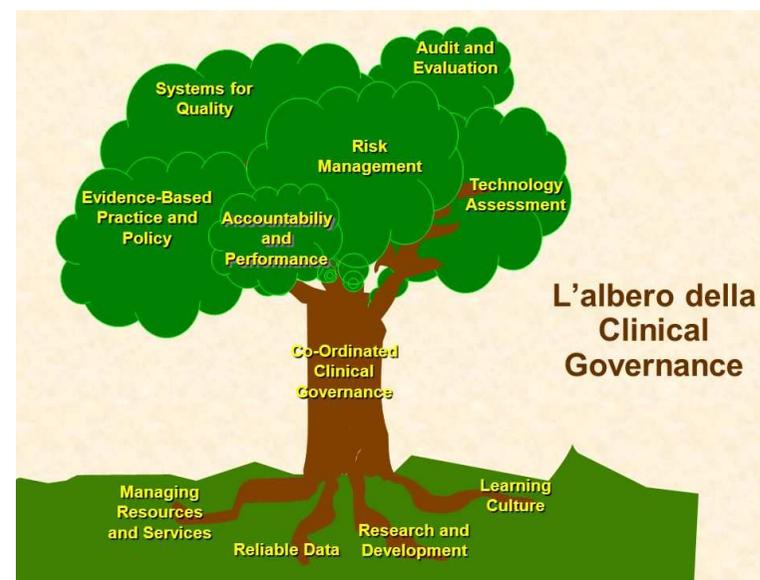
Something is rotten in the state of Denmark?

Cattiva condotta dei medici: C'è luce alla fine del tunnel? La più nobile tra le professioni – guarire altri esseri umani – è in grave decadenza. Il Dr Peter Gotzsche, direttore del Nordic Cochrane Centre e professore di progettazione e analisi della ricerca clinica presso l'Università di Copenaghen, ha detto: *“C'è molto da cambiare nel settore sanitario. Si tratta di uno dei settori più corrotti della società. In Danimarca, per esempio, abbiamo migliaia di medici iscritti nei libri paga dell'industria – sono consulenti, membri di commissioni consultive – ma in realtà è una sottile forma di corruzione, perché se non ti comporti come previsto ti cancellano dal libro paga.”* Il Dr Gotzsche parlava con Citizen News Service a margine del 22° Cochrane Colloquium tenutosi a Hyderabad dal 21 al 26 settembre 2014. Egli è considerato come una delle voci più sane della comunità medica, uno che lotta duramente per mettere assieme evidence-based medicine, etica e integrità.



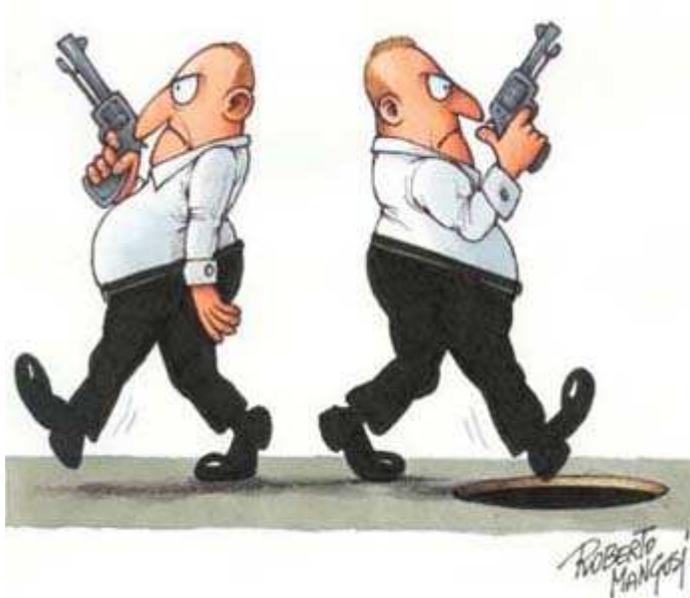
Management e Clinical Governance

Due mondi e due culture inconciliabili?



Manager e clinici : alignment o misalignment?

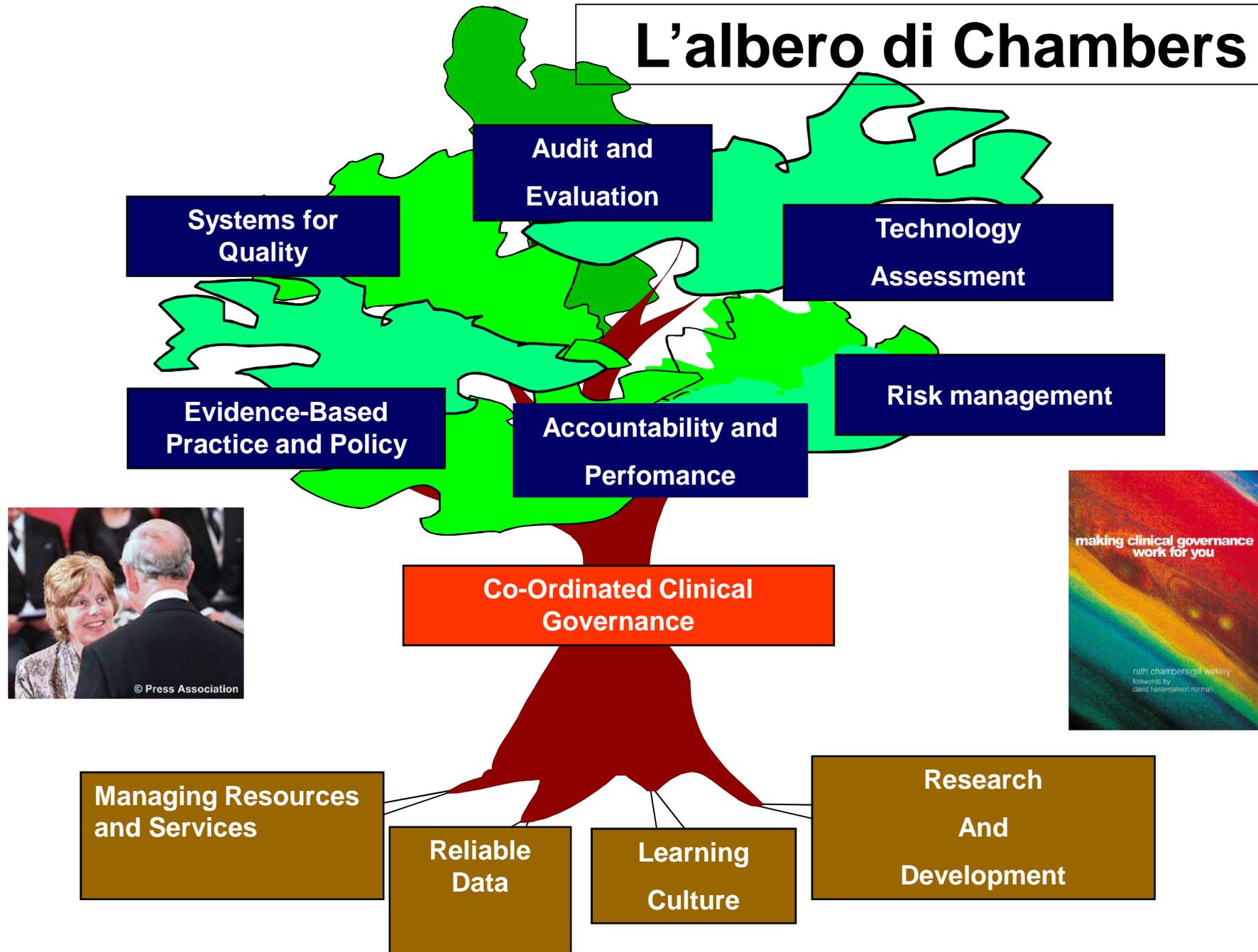
Public Management e Clinical Governance: filosofie antitetiche o integrazione evolutiva dei sistemi sanitari per la sostenibilità del sistema?



Ci siamo di recente interrogati



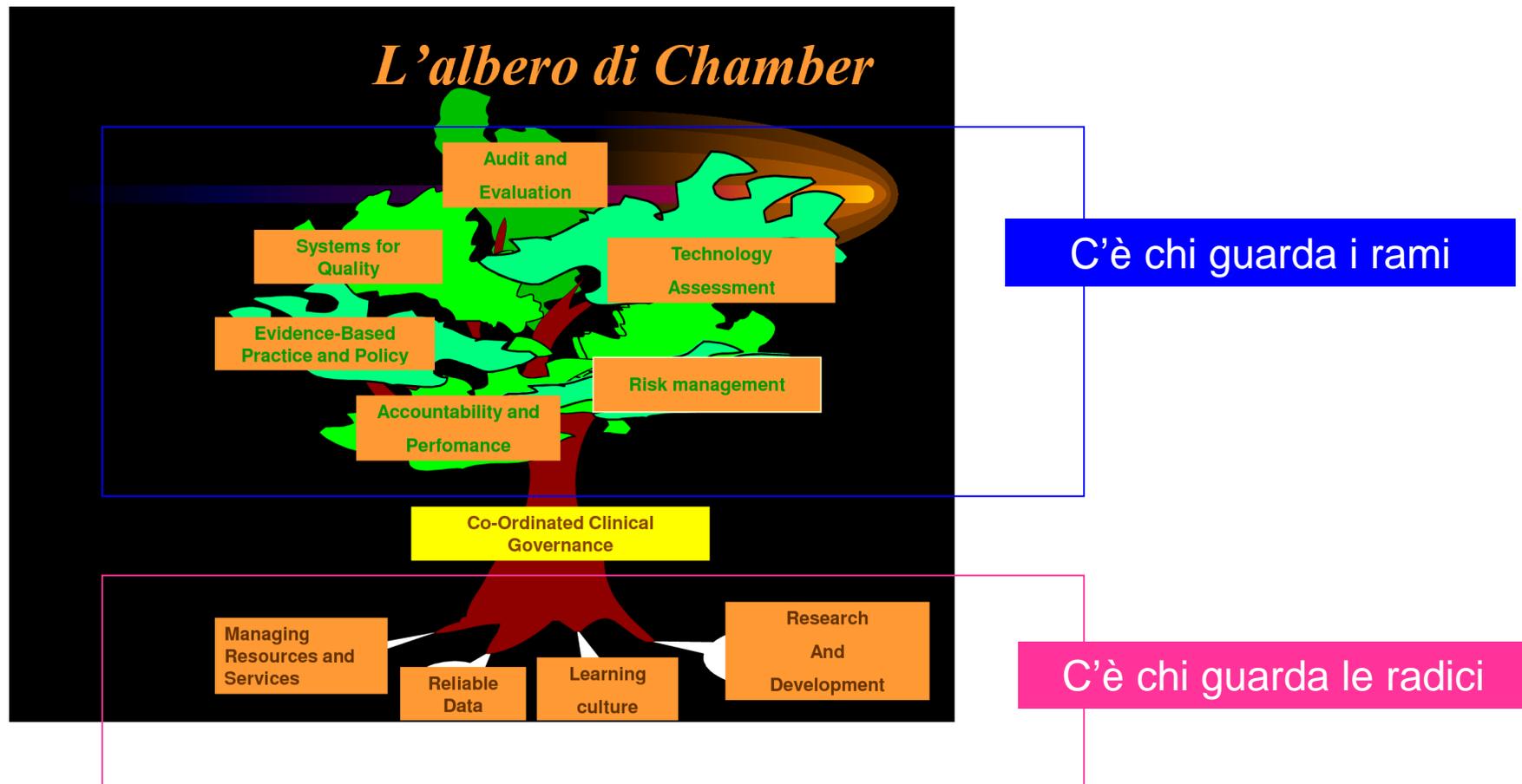
L'albero di Chambers



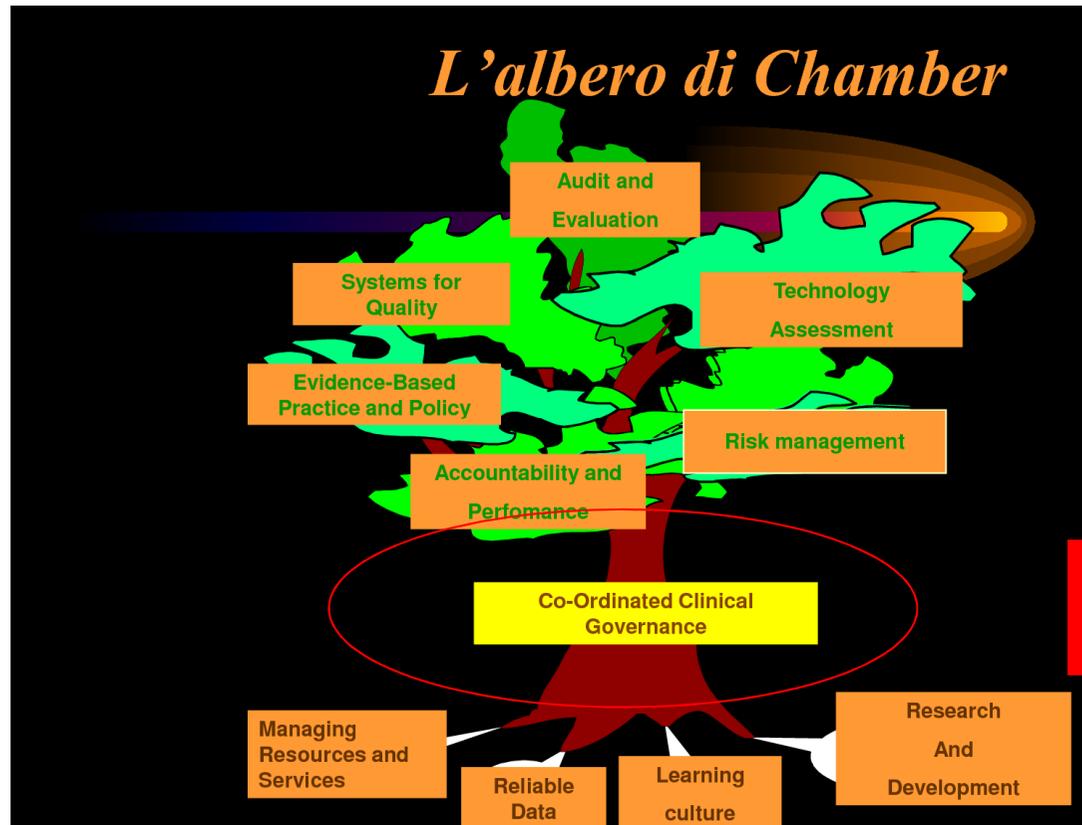
“Marco Polo descrive un ponte, pietra per pietra.
- Ma qual è la pietra che sostiene il ponte? – chiede Kublai Kan.
- Il ponte non è sostenuto da questa o da quella pietra, – risponde Marco, – ma dalla linea dell’arco che esse formano.
Kublai Kan rimase silenzioso, riflettendo. Poi soggiunse: – Perché mi parli delle pietre? È solo dell’arco che mi importa.
Polo risponde: – Senza pietre non c’è arco.”
(Italo Calvino, *Le Città Invisibili*)



L'albero di Chamber



L'albero di Chamber



Ma senza il tronco non ci sarebbero né rami né radici



CORPORATE GOVERNANCE

E' rappresentata dalle strutture, sistemi e processi, che assicurano qualità, accountability e gestione appropriata delle attività di una organizzazione

+

CLINICAL GOVERNANCE

È l'approccio sistematico per mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza in un ambiente sanitario

=

INTEGRATED GOVERNANCE

Fa riferimento al concetto di doveri e responsabilità congiunte della corporate governance e della clinical governance delle organizzazioni sanitarie coniugando e integrando in modo sistematico la componente manageriale e quella professionale



Se la **cosa** (la Integrated Governance) necessaria e auspicabile “Si può fare!” la domanda successiva è : “**Chi** è in grado di farla?”

12 DIBATTITI **Sanità** 24-30 aprile 2007

Henry Mintzberg, studioso americano ed esperto di management, ridimensiona i miti

E il guru dei manager bocciò l'«aziendalizzazione»

L'ossessione dei numeri è dannosa: si tagliano i costi a scapito dei benefici

di Paola Adinolfi

Lo ridimensione come quelli in questi giorni? «Sì, perché ho visto che il mio lavoro è stato ridotto», dice Henry Mintzberg, studioso americano di Harvard e di Management con la stessa avvece con i numeri di cui si è sempre più affascinato. Ma cosa significa? «C'è una tendenza a ridurre il numero di persone che lavorano in un'organizzazione, a scapito di un numero maggiore di persone che lavorano in un'organizzazione», dice Mintzberg. Ma il 27 aprile 2007, in un'intervista a *«L'Espresso»*, ha criticato l'«aziendalizzazione» del servizio sanitario italiano e il suo processo di riduzione dei costi. Henry Mintzberg è il più grande esperto di management al mondo. Ha scritto il libro *«The Art of War»* e ha scritto il libro *«The Art of War»*. Ha scritto il libro *«The Art of War»*.

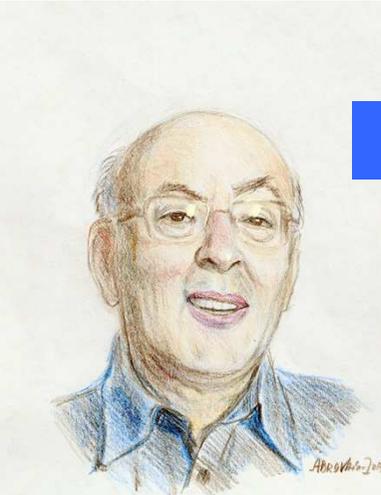
Il modello italiano è di tipo verticistico
 «Il modello italiano è di tipo verticistico, con un numero limitato di persone che lavorano in un'organizzazione, a scapito di un numero maggiore di persone che lavorano in un'organizzazione».

Il leader deve essere esperto in materia
 «Il leader deve essere esperto in materia, con un numero limitato di persone che lavorano in un'organizzazione, a scapito di un numero maggiore di persone che lavorano in un'organizzazione».

che ruotano intorno alle ultime riforme del Servizio sanitario

l'«aziendalizzazione»

L'introduzione del mercato non è per forza la panacea



Il fondatore della Harvard Business School, Henry Mintzberg, è un studioso di management che ha criticato l'«aziendalizzazione» del servizio sanitario italiano. Ha scritto il libro *«The Art of War»* e ha scritto il libro *«The Art of War»*. Ha scritto il libro *«The Art of War»*.

Il leader deve essere esperto in materia
 «Il leader deve essere esperto in materia, con un numero limitato di persone che lavorano in un'organizzazione, a scapito di un numero maggiore di persone che lavorano in un'organizzazione».

Henry Mintzberg

Paola Adinolfi - Elio Borghonovi Editors

The Myths of Health Care

Towards New Models of Leadership and Management in the Healthcare Sector

Foreword by Henry Mintzberg

Springer

2018

Convegno "Towards new models of health leadership" Salerno, 2 aprile 2007

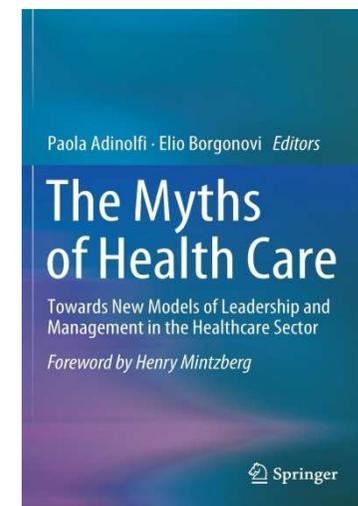
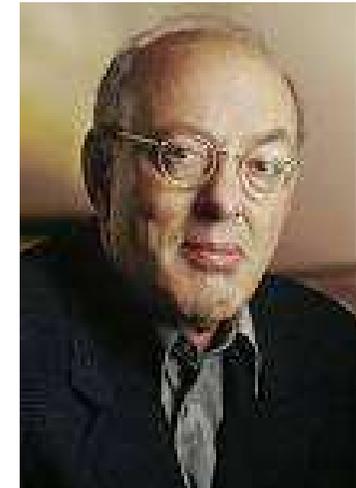
Paola Adinolfi
 "E il guru dei manager bocciò l'«aziendalizzazione»"
 Il Sole 24 ore Sanità
 24-30 aprile 2007

Una classe di manager competenti e motivati

Henry Mintzberg

I manager sono individui motivati e consapevoli capaci di mettere a disposizione il loro sapere, le loro competenze per curare il sistema. Quanto migliore è l'individuo tanto migliore sarà il management.

1. I cambiamenti nascono da chi lavora sul campo
2. I capi devono aver fatto la gavetta
3. E' **Manager** chi conosce e interpreta il sistema
4. I **manager** sono individui competenti, motivati e consapevoli
5. Il sistema sanitario ha bisogno di **leader**
6. Il **leader** deve essere un esperto in materia



Nuovi modelli di leadership in sanità – Salerno 2 aprile 2007

Quale Management?



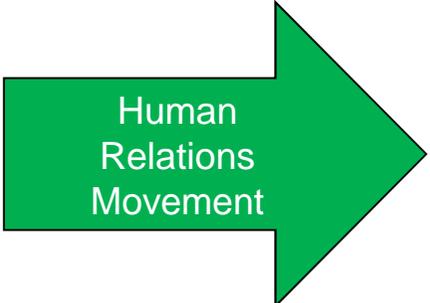
LEARN SHOP FLOOR MANAGEMENT



HEALTHCARE MANAGEMENT



Scientific Management



Humanistic Management



Quale Leadership?



Leader

Manager

Il progetto RE-VIP Reggio Emilia Value Improvement Programme



Un tentativo di sviluppare una cultura sulla sanità di valore all'interno dell'azienda nei futuri quadri dirigenti

BVHC
Better Value Healthcare



Grazie



Utopia è camminare verso una meta per nuove strade che non sono ancora tracciate

Viandante, le tue orme sono il tuo cammino e nient'altro; viandante, non esiste una strada, la strada si fa camminando. Camminando si fa la strada, e quando ti guardi indietro, vedi la terra che mai tornerai a calpestare. Viandante non esiste una strada, solo le scie (stelle) sopra il mare.

Antonio Machado