

8ª Conferenza Nazionale GIMBE

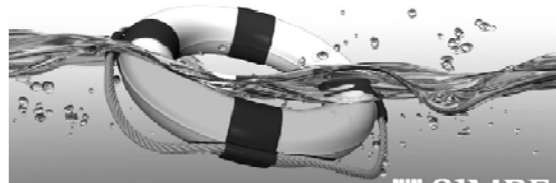
Evidence, Governance, Performance

Bologna, 15 marzo 2013

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

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE

La SALUTE non ha prezzo
La SANITÀ costa a tutti
SALVIAMO il nostro SSN



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Outline

#SalviamoSSN

1. Tagli e Riforme
2. Il Diritto alla Salute
3. Salviamo il SSN?

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Outline

#SalviamoSSN

1. Tagli e Riforme
2. Il Diritto alla Salute
3. Salviamo il SSN?

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

USCIRE DALLA CRISI:
CHIAREZZA SUI NUMERI DELLA SANITÀ



Conferenza stampa del
Ministero della Salute
Prof. Romano Balduzzi
19 dicembre 2012

- 24.706 miliardi di euro

Per il **periodo 2012-2015** sono già previsti **tagli** alla sanità pubblica per quasi **25 miliardi di euro**, stimati tra il fabbisogno finanziario ante-manovre e il finanziamento reale post-manovre

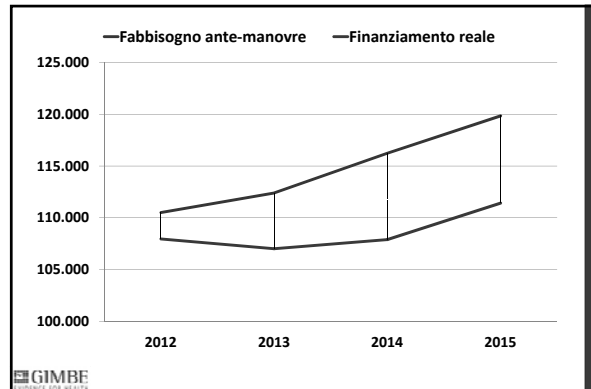
- Decreto di stabilità 2013
- Spending review
- DL 98/2011
- DL 78/2010



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

- 24.706 miliardi di euro

	2012	2013	2014	2015
Fabbisogno ante-manovre	110.512	112.393	116.236	119.856
Finanziamento reale	107.961	107.008	107.901	111.421
Differenza	- 2.551	- 5.385	- 8.335	- 8.435



Progressiva crisi di sostenibilità del SSN

- Condizioni demografiche, economiche, sociali
- (False) innovazioni tecnologiche
- Modifica Titolo V della Costituzione
- Ingerenze della politica
- "Grande incompiuta" dei LEA
- Aziende come "silos competitivi"
- Evoluzione rapporto paziente-medico
- Involuzione del cittadino in consumatore



Le Riforme

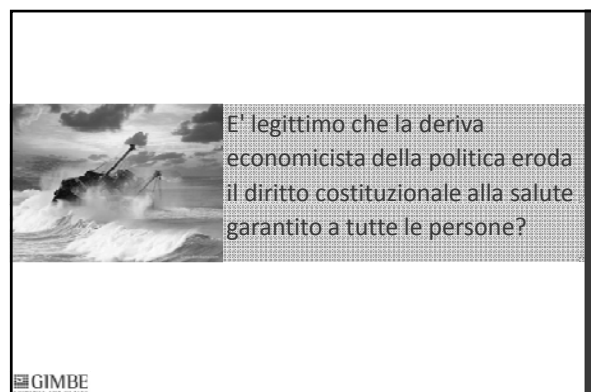
- A fronte del progressivo aggravarsi della sostenibilità del SSN, la politica sanitaria si è limitata a "mettere le toppe"
- Dopo la 229/99, in parte non ancora attuata, solo leggi dettate dall'urgenza o dalle contingenze




Outline

#SalviamoSSN

1. Tagli e Riforme
2. Il Diritto alla Salute
3. Salviamo il SSN?







CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
12/173/CR8/C7

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con riferimento alla richiesta di audizione del Presidente della *Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*, ha approvato il seguente documento che affronta temi rilevanti del settore sanitario, quali il nuovo Patto per la Salute e la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.



Roma, 06 dicembre 2012

*reso pubblico il 18 dicembre

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
12/173/CR8/C7


"I tagli del Governo Monti, che si sommano a quelli del Governo Berlusconi [...], dal 2014 rischiano di portare al collasso il SSN, paventando l'**impossibilità a garantire tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie** oggi erogate sul territorio nazionale"

SALVIAMO IL NOSTRO SSN

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

L'articolo 32 della Costituzione garantisce a tutti i cittadini il diritto alla salute e non alla sanità, oggi identificata con l'accesso indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie




SALVIAMO IL NOSTRO SSN

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

La salute dei cittadini deve essere il principio ispiratore di tutte le politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali
(*Health in all policies*)

Outline
#SalviamoSSN

1. Tagli e Riforme
2. Il Diritto alla Salute
3. Salviamo il SSN?



The top five questions



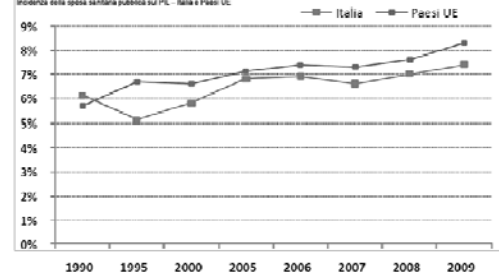

The top five questions

1. Il SSN è attualmente sotto-finanziato?

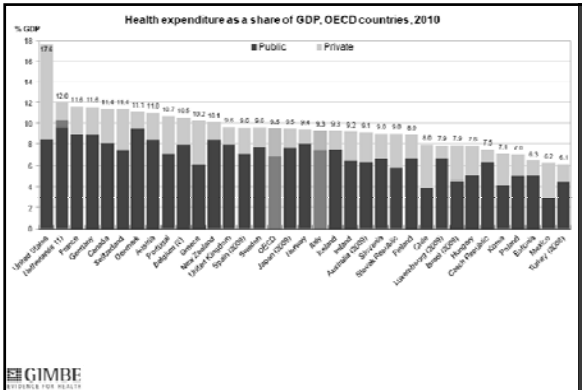
GIMBE

LA SPESA SANITARIA CORRENTE

Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL

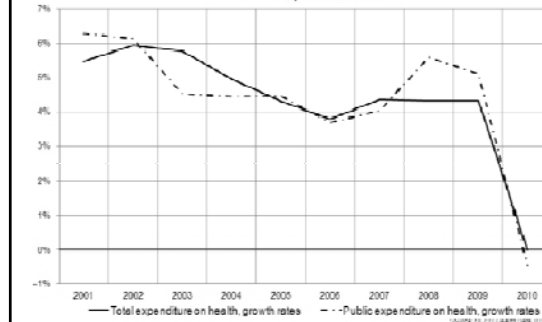


Ministero della Salute



GIMBE

Figure 1. Average OECD health expenditure growth rates in real terms, 2000 to 2010, public and total



GIMBE

statistiche flash

4 gennaio 2013 Centro diffusione dati tel. +39 06 49722105

Ufficio stampa tel. +39 06 49722443-44 ufficio@isdat.it

Dicembre 2012
PREZZI AL CONSUMO
Dati provvisori

GIMBE

PROSPETTO 1. INDICI DEI PREZZI AL CONSUMO NIC, PER DIVISIONE DI SPESA

Dicembre 2012, pesi e variazioni percentuali (base 2010=100)

Divisioni	Pesi	dic-12 nov-12	dic-12 dic-11	nov-12 nov-11	dic-11 nov-11	2012 2011
Prodotti alimentari e bevande analcoliche	190.788	0,3	2,8	2,3	0,0	2,5
Bevande alcoliche e tabacchi	31.521	0,1	2,7	2,8	0,0	5,9
Abbigliamento e calzature	88.383	0,0	1,5	1,8	0,1	2,8
Alloggio, acqua, elettricità e combustibili	104.300	0,3	6,5	6,4	0,2	7,1
Mobili, articoli e servizi per la casa	79.870	0,0	1,5	1,8	0,1	2,1
Servizi sanitari e spese per la salute	77.288	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	0,0
Trasporti	151.085	1,1	4,8	5,2	1,7	6,5
Comunicazioni	24.795	0,3	-0,9	-1,4	-0,2	-1,5
Ricreazione, spettacoli e cultura	70.782	0,2	-0,2	-0,1	0,3	0,4
Istruzione	11.411	0,0	3,0	3,1	0,1	2,2
Servizi ricettivi e di ristorazione	108.301	0,1	1,0	1,2	-0,3	1,5
Altri beni e servizi	85.983	0,0	1,8	1,5	0,2	2,8
Indice generale	1.000.000	0,3	2,4	2,5	0,4	3,0

GIMBE

Annals of Internal Medicine

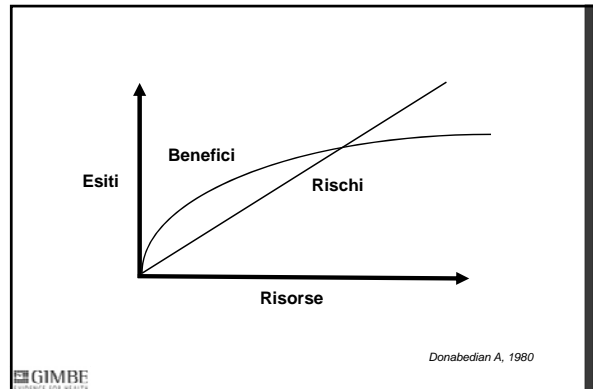
The Association Between Health Care Quality and Cost
A Systematic Review

Peter S. Huzar, 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.

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH



PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

L'unità di misura delle politiche sanitarie deve essere il *value*, ovvero il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

The top five questions

2. Il modello di politica sanitaria che ha generato 21 sistemi regionali deve essere ripensato?

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

SSN

19 Regioni
2 Province Autonome

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

Sanità

ANGOLO DI PENNA

Viva l'Italia!
150 anni di unità
tra i perigliosi flutti
delle diseguaglianze
regionali

di Nino Cartabellotta ®

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

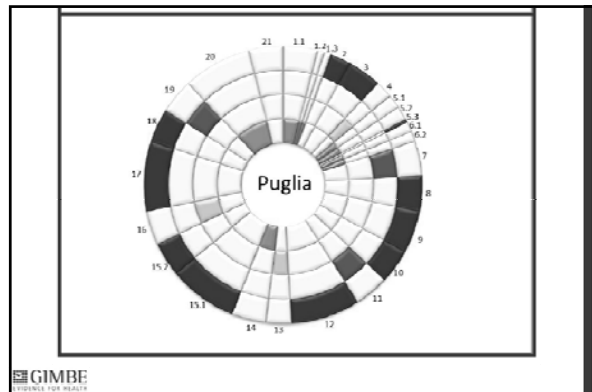
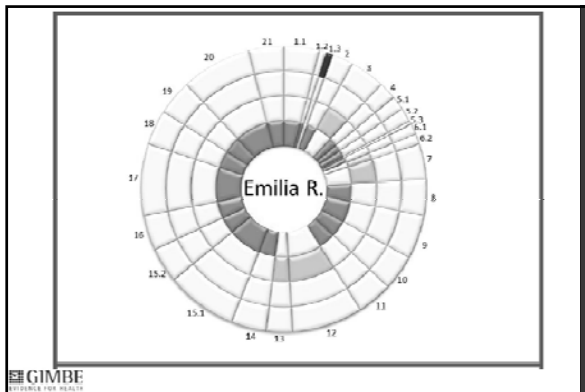

Ministero della Salute
Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea
Metodologia e Risultati dell'anno 2010

GIMBE

3.1 Risultati della valutazione 2010

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia R.	
	Liguria	
	Toscana	
	Marche	
	Veneto	
	Piemonte	
	Lombardia	
Basilicata		
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Liguria	Impegni 2011: • Incremento delle attività riferite al primo livello di assistenza (es. programmi di screening) • Riduzione del tasso di ospedalizzazione • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi alle cure palliative ed all'assistenza domiciliare e residenziale.
	Abruzzo	
Critica	Molise	• Rinvio al Piano di Rientro.
	Lazio	• Rinvio al Piano di Rientro
	Sicilia	• Rinvio al Piano di Rientro
	Calabria	• Rinvio al Piano di Rientro
	Campania	• Rinvio al Piano di Rientro
	Puglia	• Rinvio al Piano di Rientro

GIMBE



Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE)
 II Ed. 2011, SDO 2005-2010

Guida alla lettura
 Fonti informative e criteri di record linkage
 Metodi statistici
 Appendice

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi.

GIMBE

ISS **24 ORE**

Sanità

Programma nazionale esiti dal 2012 i risultati diventano strumenti di monitoraggio istituzionale

L'altalena delle cure in ospedale

Forti differenze tra strutture: cesareo dal 3 al 91%, operazioni al femore dal 95 allo 0,5%

GIMBE

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Struttura	Regione	Prov.	Rischio x 100
Cc. Mater Dei - Roma	Lazio	RM	91,92
Cca Villa Cirioia - Napoli	Campania	NA	90,02
Cca Lucina - Catania	Sicilia	CT	81,85
Cca Tortorolla - Salerno	Campania	SA	80,01
Cca Serena - Palermo	Sicilia	PA	78,91
Italia			27,42
Ao civile di Vimercate - Vimercate	Lombardia	MB	7,30
Cca di Monza e Brianza per il bambino - Monza	Lombardia	MB	6,96
Ospedale di Palmanova - Palmanova	Friuli V.G.	UD	5,76
Ospedale Ca' Fumicello - Treviso	Veneto	TV	5,78
Ospedale Vittorio Emanuele III - Carate Brianza	Lombardia	MB	3,97

GIMBE
FONDATION FOR HEALTH

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore

Struttura	Regione	Prov.	%
Cca Pollambulanza - Brescia	Lombardia	BS	94,23
Ospedale aziendale di Merano - Merano	Pa. Bolzano	BZ	88,92
Ospedale di Montecchio Maggiore - Montecchio Maggiore	Veneto	VI	87,90
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Varese	Lombardia	VA	87,00
Ospedale Versilia - Carrarese	Toscana	LU	86,82
Italia			33,11
Ao Sant'Anna e San Sebastiano - Caserta	Campania	CE	1,52
Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Lazio	RM	1,40
Ospedale Civile Sascari - Sascari	Sardegna	SS	1,25
Ospedale di Casarano - Casarano	Puglia	LE	0,97
Ospedale Lorco Marc - Napoli	Campania	NA	0,52

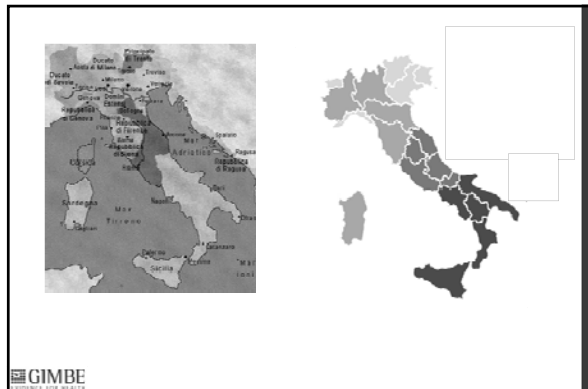
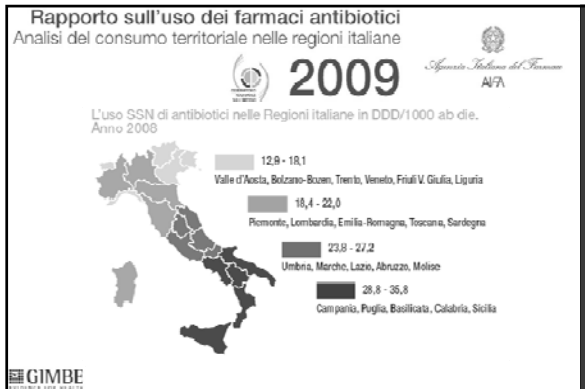
GIMBE
FONDATION FOR HEALTH



Tavola 4. Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime convenzionale nei primi 9 mesi 2012 per quantità, costo medio di giornata di terapia e spesa



	Differenza % dalla mediana nazionale			Rango spesa
	DDD/1000 ab die pesate	Costo medio DDD	Spesa lorda pro capite pesata	
Sicilia	14,9	17,1	20,4	1
Sardegna	12,3	13,3	28,9	2
Campania	4,5	17,9	24,8	3
Calabria	10,3	10,2	-23,1	4
Puglia	12,0	8,0	22,5	5
Lazio	11,4	6,2	19,8	6
Abruzzo	7,7	11,9	15,9	7
Molise	-0,2	6,5	7,8	8
Lombardia	-6,3	8,5	3,0	9
Basilicata	0,0	0,0	1,3	10
Marche	1,6	-2,8	0,0	11
Friuli V.G.	-0,5	-2,8	-2,0	12
Umbria	11,2	-13,1	-2,5	13
Liguria	-5,0	0,4	-3,5	14
Piemonte	3,6	-1,5	3,7	15
Valle d'Aosta	-5,7	-1,0	-5,4	16
Veneto	-3,1	-4,3	-6,0	17
Toscana	0,7	-14,3	-12,6	18
Emilia R.	-0,7	-13,4	-12,9	19
P.A. Trento	-11,1	-5,3	-14,8	20
P.A. Bolzano	-23,6	-5,0	-26,5	21

GIMBE
FONDATION FOR HEALTH





Legge 23 dicembre 1978, n. 833

- Responsabilità pubblica della tutela della salute
- Universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari
- Globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza
- Finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale
- "Portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza tra le varie regioni



Legge 23 dicembre 1978, n. 833

- Responsabilità pubblica della tutela della salute
- Universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari
- Globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza
- Finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale
- "Portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza tra le varie Regioni



PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

Il SSN deve garantire ai cittadini "universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari", preservandoli da diseguaglianze regionali in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza dei processi e di esiti di salute

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

Il diritto costituzionale alla salute e la responsabilità pubblica della sua tutela non possono essere frutto di un patto, sempre più conflittuale, tra Stato e Regioni



TITOLO V, l'Italia delle autonomie

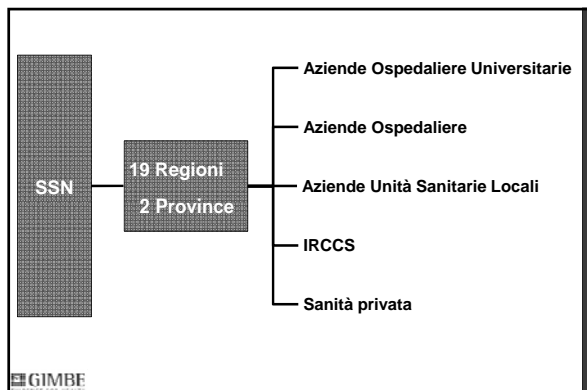
- Se la politica ha scelto di tutelare l'autonomia delle Regioni, deve "ripensare" il Titolo V della Costituzione
- Se la Sanità non può tornare materia di competenza dello Stato, vanno ampliate le capacità di indirizzo e verifica del Ministero sui 21 sistemi sanitari regionali




The top five questions

3. La modalità di organizzazione e gestione delle Aziende sanitarie è adeguata?

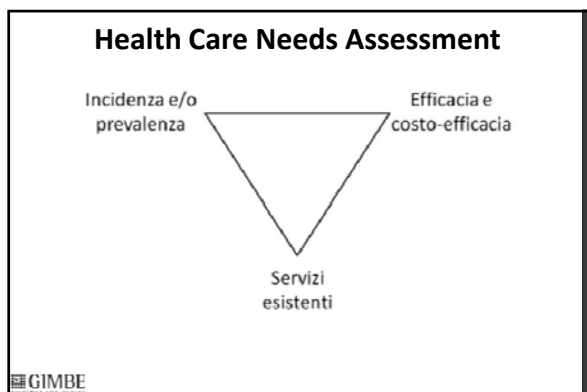


- L'approccio al management delle aziende sanitarie è guidato dalla produttività (*output-driven*) e non dai risultati di salute ottenuti (*outcome-driven*)
- Valutazione e finanziamento delle Aziende sanitarie basata quasi esclusivamente sul binomio produttività/consumi
- Previste differenti modalità di finanziamento tra aziende sanitarie che erogano gli stessi servizi

- Nello stesso territorio varie tipologie di Aziende sanitarie hanno interessi in competizione
- Resistenze e difficoltà a:
 - attuare il modello dipartimentale
 - avviare modalità sovra-aziendali di organizzazione dell'assistenza: rete, area vasta, hub & spoke, transitional care, intensità di cura, etc.

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

“Il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività” necessario a garantire il funzionamento del SSN deve essere oggetto di un'adeguata (ri)programmazione



PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

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

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN


Le competenze e le responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, *evidence-based*, multiprofessionali e basati sulla centralità del paziente

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

Tutte le aziende sanitarie devono monitorare in maniera sistematica e rendicontare pubblicamente (*accountability*) sicurezza, qualità, appropriatezza, costi ed esiti dell'assistenza, utilizzando set di indicatori di performance definiti a livello nazionale

The top five questions

4. Come possono i professionisti sanitari contribuire alla sostenibilità del SSN?



GIMBE

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.

GIMBE

VIEWPOINT

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

Jon C. Tilbert, MD
Christine K. Gossel, MD

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

GIMBE

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

Se l'etica del razionamento appartiene alla politica sanitaria, l'etica della riduzione degli sprechi è indissolubilmente legata alla professionalità dei medici e, in misura minore, di tutti gli altri professionisti sanitari

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

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

Interventi inefficaci, inappropriati e dal *low-value*

- Riducono l'efficacia dell'assistenza
- Aumentano il rischio clinico per i pazienti
- Determinano un ingente spreco di risorse, impossibile da identificare dalla politica



IDEAS AND OPINIONS | Annals of Internal Medicine

Providing High-Value, Cost-Conscious Care: A Critical Seventh General Competency for Physicians

Steven E. Weinberger, MD

There is general agreement that the U.S. economy cannot sustain the staggering economic burden imposed by the current and projected costs of health care. Whereas governmental approaches are focused primarily on decreasing spending for medical care, it is the responsibility of the medical profession to become cost-conscious and decrease unnecessary care that does not benefit patients but represents a substantial percentage of health care costs. At present, the 6 general competencies of the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) and the American Board of Medical Specialties (ABMS) that drive residency training place relatively little emphasis on residents' understanding of the need for stewardship of resources or for practicing in a cost-conscious fashion. Given the importance in today's health care system, the author proposes that cost-consciousness and stewardship of resources be elevated by the ACGME and the ABMS to the level of a new, seventh general competency. This will hopefully provide the necessary impetus to change the culture of the training environment and the practice patterns of both residents and their supervising faculty.

Ann Intern Med 2013;158:286-288.
For author affiliation, see end of text. www.annals.org

ACADEMIA AND THE PROFESSION | Annals of Internal Medicine

Teaching High-Value, Cost-Conscious Care to Residents: The Alliance for Academic Internal Medicine–American College of Physicians Curriculum

Cynthia D. Smith, MD, on behalf of the Alliance for Academic Internal Medicine–American College of Physicians High Value, Cost-Conscious Care Curriculum Development Committee*

Health care expenditures are projected to reach nearly 20% of the U.S. gross domestic product by 2020. Up to 3/40 billion of this spending has been identified as potentially avoidable; many of the avoidable costs have been attributed to unnecessary services. Postgraduate trainees have historically received little specific training in the stewardship of health care resources and minimal feedback on resource utilization and its effect on the cost of care. This article describes a new curriculum that was developed collaboratively by the Alliance for Academic Internal Medicine and the American College of Physicians to address this training gap. The curriculum introduces a simple, stepwise framework for delivering high-value care and focuses on teaching trainees to incorporate high-value, cost-conscious care principles into their clinical practice. It consists of 60, 15-min, 120-min-based, interactive sessions designed to be flexibly incorporated into the existing conference structure of a residency training program.

Ann Intern Med 2012;157:284-286.
For author affiliation, see end of text.
* For a list of committee members, see the Appendix (available at www.annals.org).
This article was published at www.annals.org on 10 July 2012.

Table. Curriculum Framework: Steps Toward High-Value, Cost-Conscious Care*

- Step 1: Understand the benefits, harms, and relative costs of the interventions that you are considering
- Step 2: Decrease or eliminate the use of interventions that provide no benefits or may be harmful
- Step 3: Choose interventions and care settings that maximize benefits, minimize harms, and reduce costs (using comparative effectiveness and cost-effectiveness data)
- Step 4: Customize a care plan with the patient that incorporates their values and addresses their concerns
- Step 5: Identify system-level opportunities to improve outcomes, minimize harms, and reduce health care waste

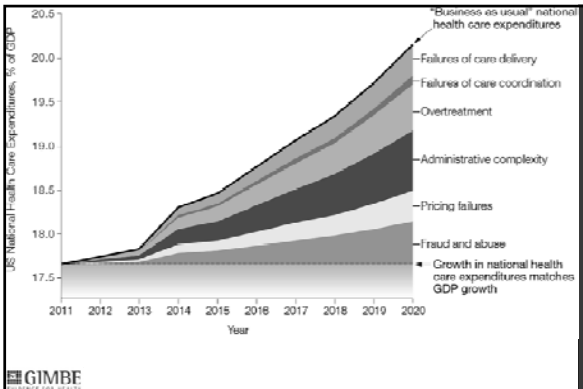
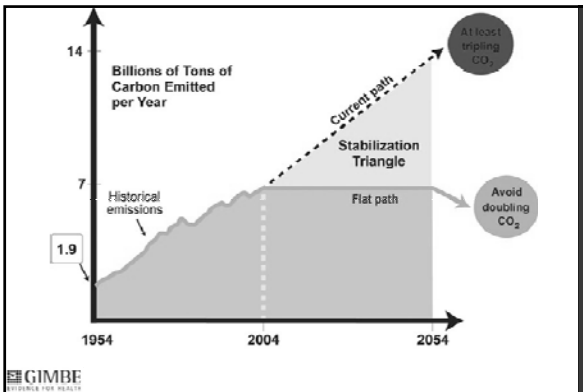
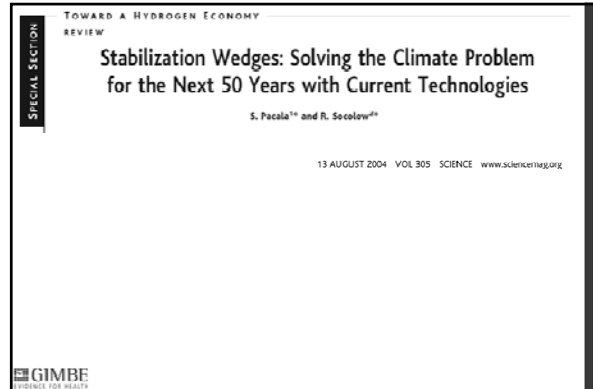
SPECIAL ARTICLE

The Value in the Evidence

Teaching Residents to "Choose Wisely"

Christopher Moravics, MD; Krishan Soti, MD, MBA; Andrew Lai, MD, MPH; Samant Ranji, MD

JAMA Intern Med. 2013;173(4):308-310.



6 categorie di sprechi...

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

...oltre il 20% della spesa sanitaria

GIMBE
BUSINESS FOR HEALTH

GIMBE
SALVANDO IL NOSTRO SSN

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

Nonostante i tagli, il SSN rimane sostenibile perché una percentuale consistente della spesa sanitaria viene attualmente sprecata in maniera intollerabile

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

Choosing Wisely®
An Initiative of the AHA/ASA Foundation

About Partners Lists Learn Resources

About
Learn More about Choosing Wisely



<http://choosingwisely.org>

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

GIMBE
SALVANDO IL NOSTRO SSN


PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

L'assistenza centrata sul paziente prende in considerazione aspettative, preferenze, bisogni e valori del paziente e ne promuove il coinvolgimento e l'empowerment insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un team clinico-assistenziale unico

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

The top five questions

5. Quale ruolo per cittadini e pazienti?



GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

LE PAROLE DELLA SANITÀ

Cliente, paziente, persona

Marco Geddes da Filicala
Ospedale Santa Maria Nuovo
Azienda Sanitaria di Firenze

R&P 2012, 28: 28-29 **28**

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

Una persona, ruoli differenti

- Il SSN è a disposizione delle **persone**, poiché tutela, con l'articolo 32 della Costituzione, la salute come diritto fondamentale dell'individuo
- Le persone sono:
 - **pazienti**, quando presi in carico dal servizio per problemi assistenziali
 - **utenti** quando si rivolgono per informazioni, transazioni, certificazioni, ecc
 - **cittadini**, quando intervengono per contribuire, con le loro indicazioni e il loro voto, alle scelte sanitarie

GIMBE
FUNDATION FOR HEALTH

La progressiva **involutione del cittadino**, titolare del diritto costituzionale alla salute, **in consumatore** di servizi e prestazioni sanitarie, fa il gioco della politica, perché la soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari costituisce un insostituibile strumento di consenso elettorale

GIMBE
Fondazione per la Salute

evidence
open access journal published by the GIMBE Foundation

Editoriale

OPEN ACCESS

Il paziente è soddisfatto? Sì, ma costa troppo e sta peggio

Antonino Cartabellotta*

* Presidente Fondazione GIMBE



GIMBE
Fondazione per la Salute

ORIGINAL INVESTIGATION

ONLINE FIRST

The Cost of Satisfaction

A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality

Joshua J. Fenton, MD, MPH; Anthony F. Jerant, MD; Klea D. Bertakis, MD, MPH; Peter Franks, MD



Scan for Author Audio Interview

Arch Intern Med. 2012;142(5):409-411.
Published online February 13, 2012.

GIMBE
Fondazione per la Salute

GIMBE

SALVIAMO IL NOSTRO SSN

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

Il medico ha il dovere professionale di rifiutare le richieste del paziente non supportate da evidenze scientifiche, nella consapevolezza che la mancata prescrizione genera insoddisfazione

- Le Regioni in piano di rientro recuperano risorse con l'aumento delle imposte regionali
- Dal 2013 le Regioni in piano di rientro non possono introdurre detrazioni IRPEF in favore della famiglia e misure di sostegno economico (DL 6 maggio 2011, n. 68)



GIMBE
Fondazione per la Salute

GIMBE

SALVIAMO IL NOSTRO SSN

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

I cittadini contribuenti, in qualità di "azionisti" del SSN, devono essere consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie concorre agli sprechi del SSN, con pesanti ricadute sotto forma di imposte locali e di mancate detrazioni





Il distinto dottore che guarda con aria pensierosa il bambino malato è stato evidentemente chiamato a una visita domiciliare...
 Non sappiamo quale sia la malattia del bambino... non sappiamo da quanto tempo il dottore è in quella stanza... non sappiamo se il bambino sopravvive o muore. Però... possiamo però liberamente immaginare.
 Anzitutto, la malattia del bambino certamente è grave; potrebbe essere una polmonite... L'atteggiamento del dottore fa ipotizzare che egli sia lì da alcune ore: se è l'alba, la lampada accesa fa pensare che la veglia al capezzale del bambino duri dalla notte.
 Non sappiamo come finisce la storia, ma visto che Luke Fildes aveva perso un figlio, possiamo immaginare che nella notte la polmonite fosse arrivata a una crisi e che il bambino non sia sopravvissuto..
 Del resto nel 1891, verso una polmonite (presumibilmente pneumococcica) il medico era praticamente disarmato...


*Pagliario L.
 Giornale Italiano di Cardiologia, Pratica
 Ottobre, 2003*

Possiamo salvare il nostro SSN?

La prognosi di un SSN "lungodegente in terapia intensiva", potrà essere sciolta solo se tutte le categorie di stakeholders, accantonando definitivamente i propri interessi di categoria, saranno capaci di riallinearsi sull'unico reale obiettivo del nostro insostituibile SSN

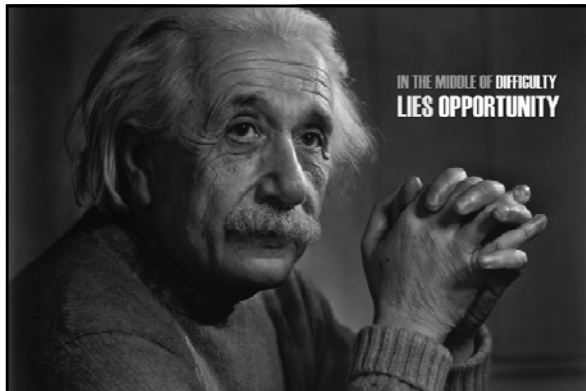
**“promuovere,
 mantenere,
 e recuperare
 la salute fisica e psichica
 di tutta la popolazione”**



MEMO MISE
 CREANDO IL NOSTRO SSN

PRINCIPIO GUIDA #SalviamoSSN

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



 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it