

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

Evidence, Governance, Performance

*Bologna, 15 marzo 2013*

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

**Nino Cartabellotta**

Fondazione GIMBE

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



# Outline

## #SalviamoSSN

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

# Outline

## #SalviamoSSN

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

## USCIRE DALLA CRISI: CHIAREZZA SUI NUMERI DELLA SANITÀ

---



*Ministero della Salute*

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

# - 24.706 miliardi di euro

Per il **periodo 2012-2015** 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

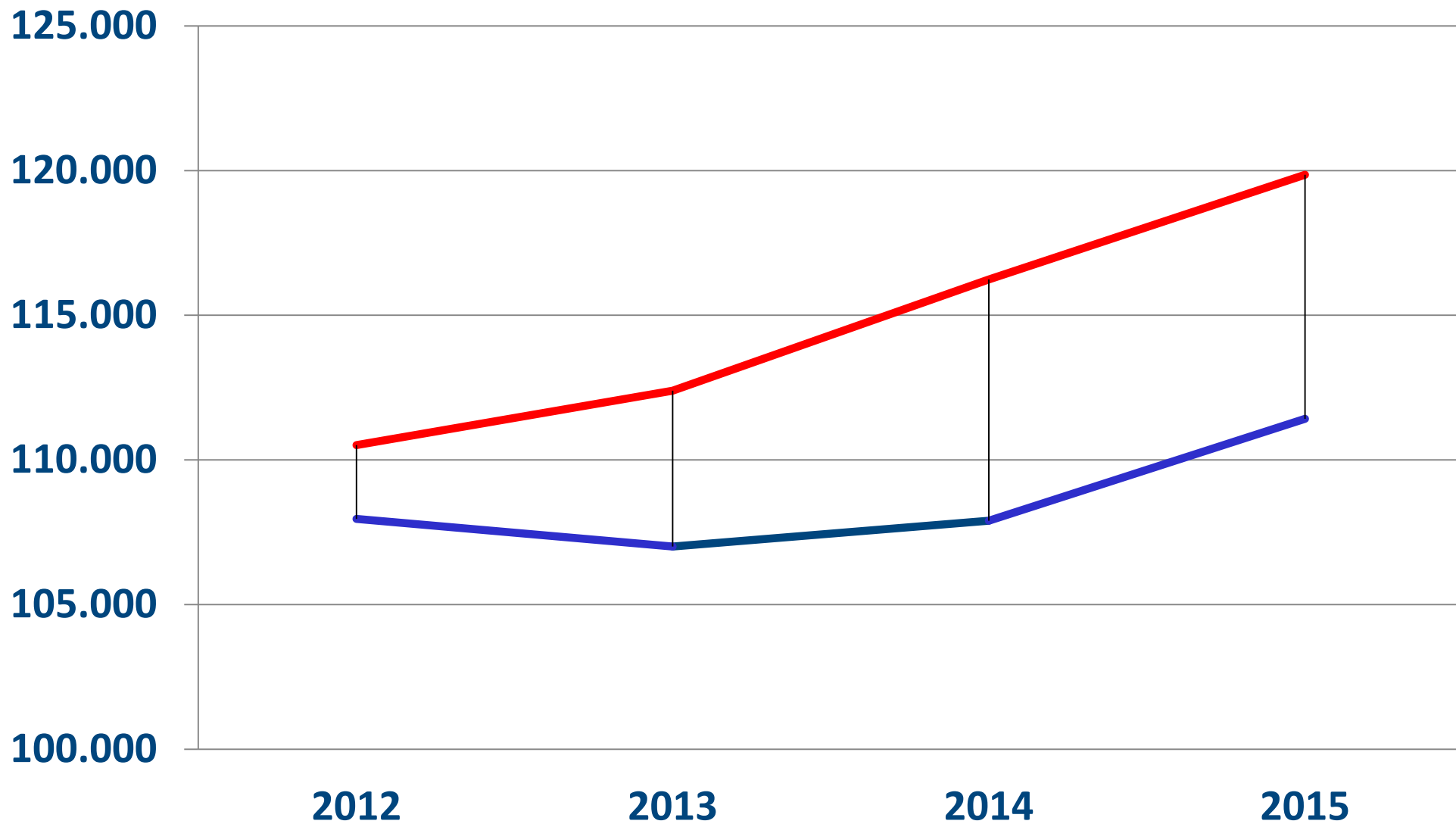
- Decreto di stabilità 2013
- Spending review
- DL 98/2011
- DL 78/2010



# - 24.706 miliardi di euro

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

**— Fabbisogno ante-manovre**      **— Finanziamento reale**





# 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?



E' legittimo che la deriva economicista della politica eroda il diritto costituzionale alla salute garantito a tutte le persone?



## 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"



## 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



**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?**

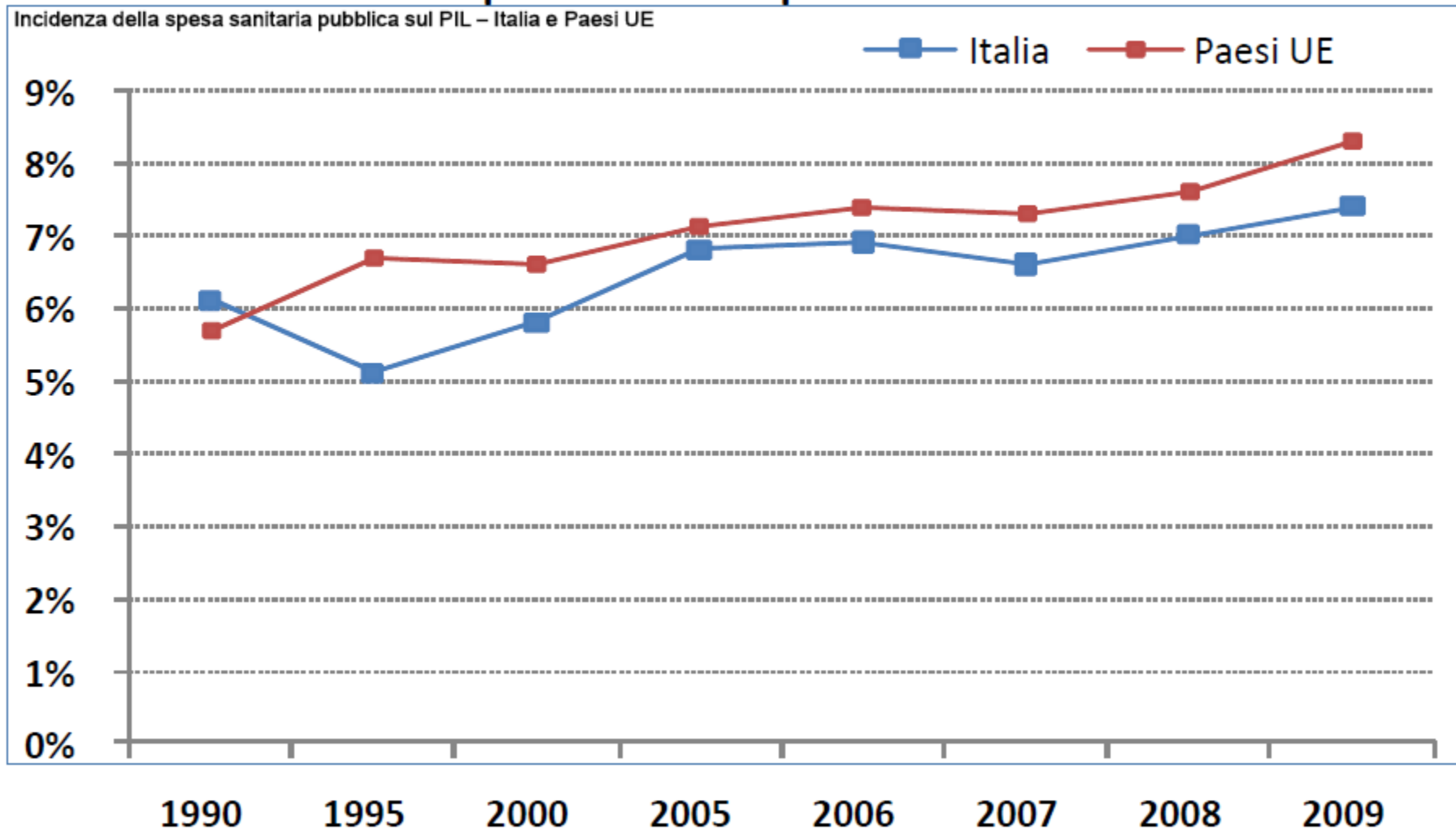
# The top five questions



# The top five questions

1. Il SSN è attualmente sotto-finanziato?

## Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL



Elaborazione DGPROG su fonte dati NSIS e OCSE



# Health expenditure as a share of GDP, OECD countries, 2010

% GDP

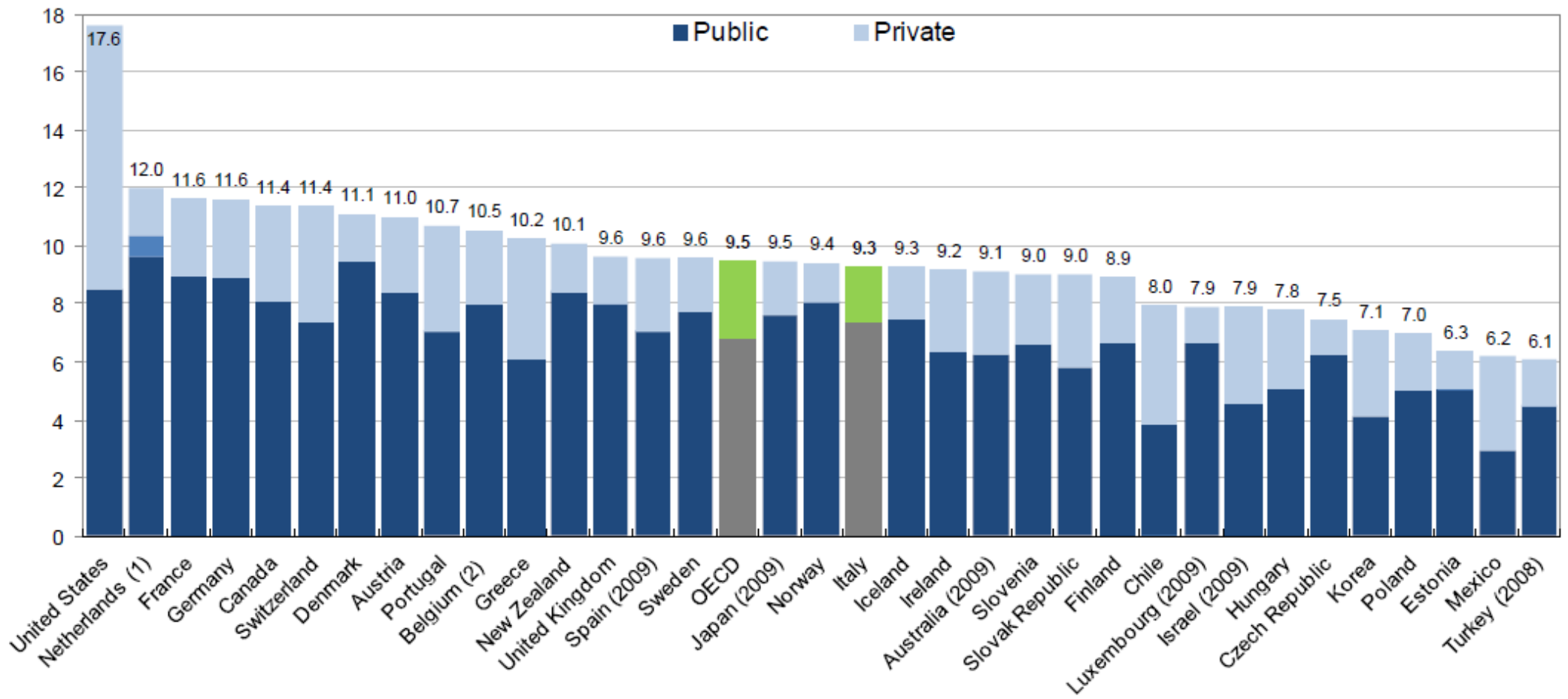
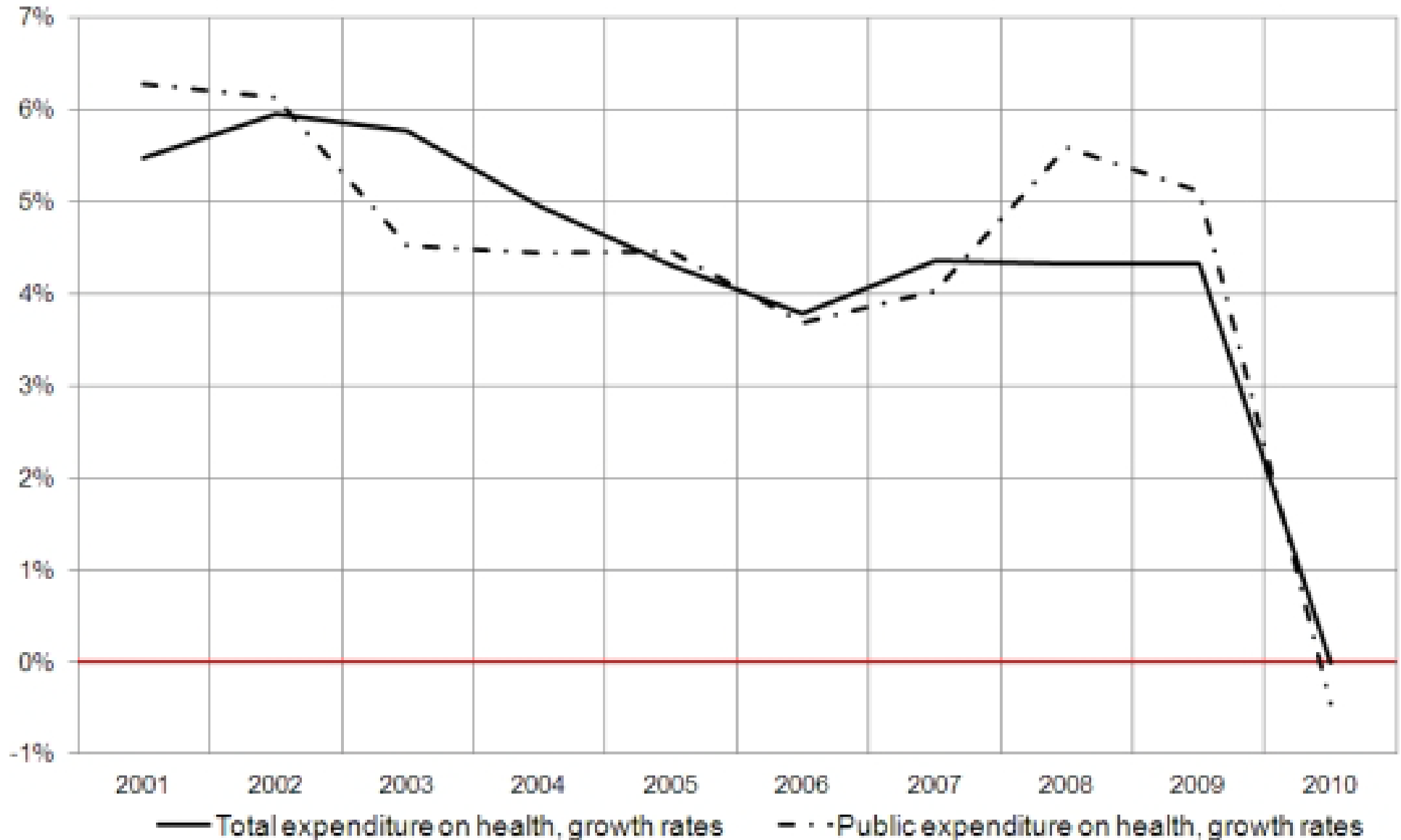


Figure 1. Average OECD health expenditure growth rates in real terms, 2000 to 2010, public and total



Source: OECD Health Data 2012



f!ash

4 gennaio 2013

Centro diffusione dati  
tel. +39 06 4673.3105



Ufficio stampa  
tel. +39 06 4673.2243-44  
[ufficiostampa@istat.it](mailto:ufficiostampa@istat.it)

Dicembre 2012

# PREZZI AL CONSUMO

Dati provvisori

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

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

Divisioni	Pesi	<u>dic-12</u> <u>nov-12</u>	<u>dic-12</u> <u>dic-11</u>	<u>nov-12</u> <u>nov-11</u>	<u>dic-11</u> <u>nov-11</u>	<u>2012</u> <u>2011</u>
Prodotti alimentari e bevande analcoliche	159.786	0,3	2,6	2,3	0,0	2,5
Bevande alcoliche e tabacchi	31.521	0,1	2,7	2,6	0,0	5,9
Abbigliamento e calzature	86.363	0,0	1,5	1,6	0,1	2,6
Abitazione, acqua, elettricità e combustibili	104.366	0,3	6,5	6,4	0,2	7,1
Mobili, articoli e servizi per la casa	79.370	0,0	1,5	1,6	0,1	2,1
Servizi sanitari e spese per la salute	77.286	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	0,0
Trasporti	151.985	1,1	4,6	5,2	1,7	6,5
Comunicazioni	24.796	0,3	-0,9	-1,4	-0,2	-1,5
Ricreazione, spettacoli e cultura	78.762	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	108.361	0,1	1,6	1,2	-0,3	1,5
Altri beni e servizi	85.993	0,0	1,3	1,5	0,2	2,3
<b>Indice generale</b>	<b>1.000.000</b>	<b>0,3</b>	<b>2,4</b>	<b>2,5</b>	<b>0,4</b>	<b>3,0</b>



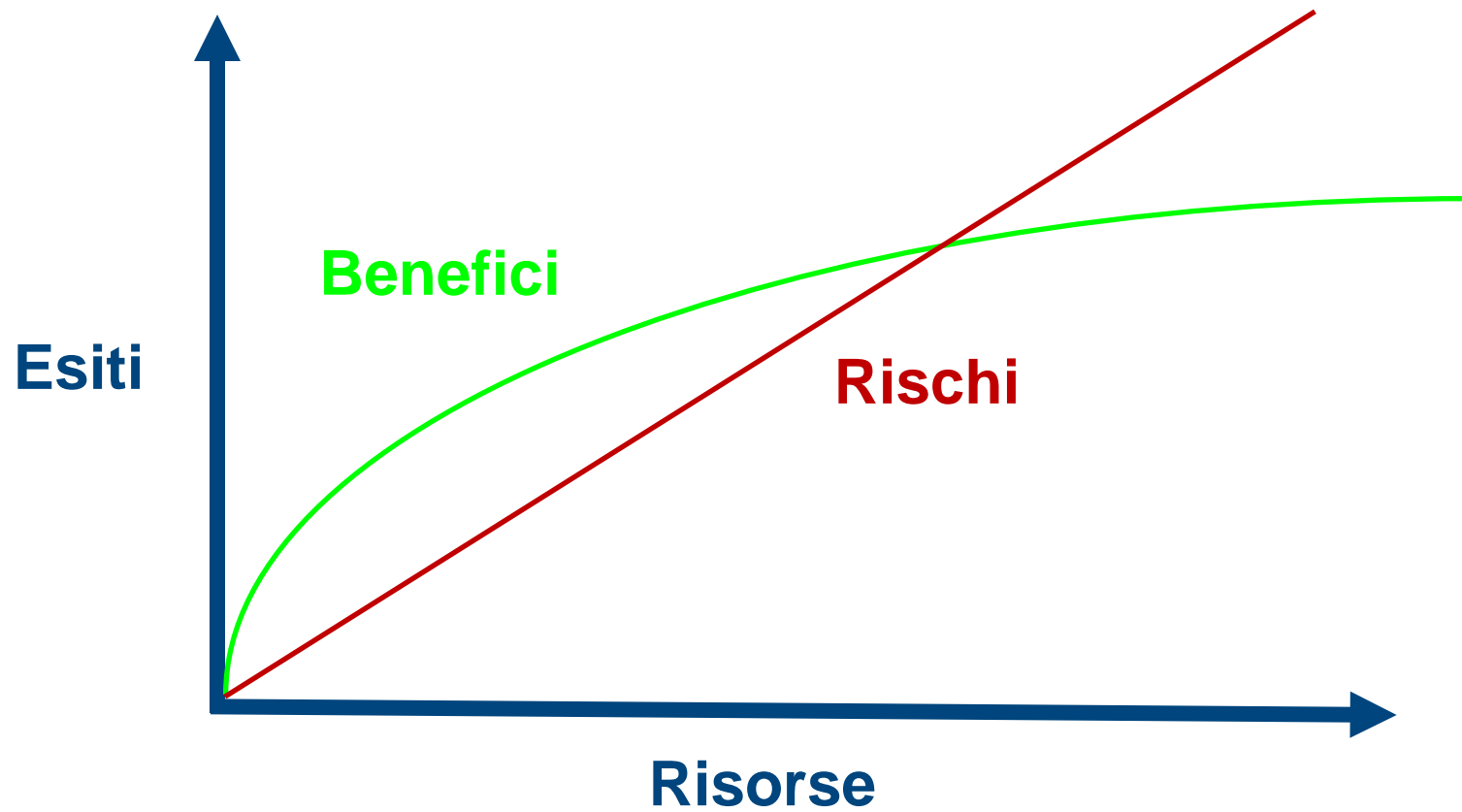
## The Association Between Health Care Quality and Cost

### A Systematic Review

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

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

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



*Donabedian A, 1980*



**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

# The top five questions

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



**SSN**



**19 Regioni**

**2 Province Autonome**



Il Sole **24 ORE**

# Sanità



**ANGOLO DI PENNA**

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

**di Nino Cartabellotta \***



*Ministero della Salute*

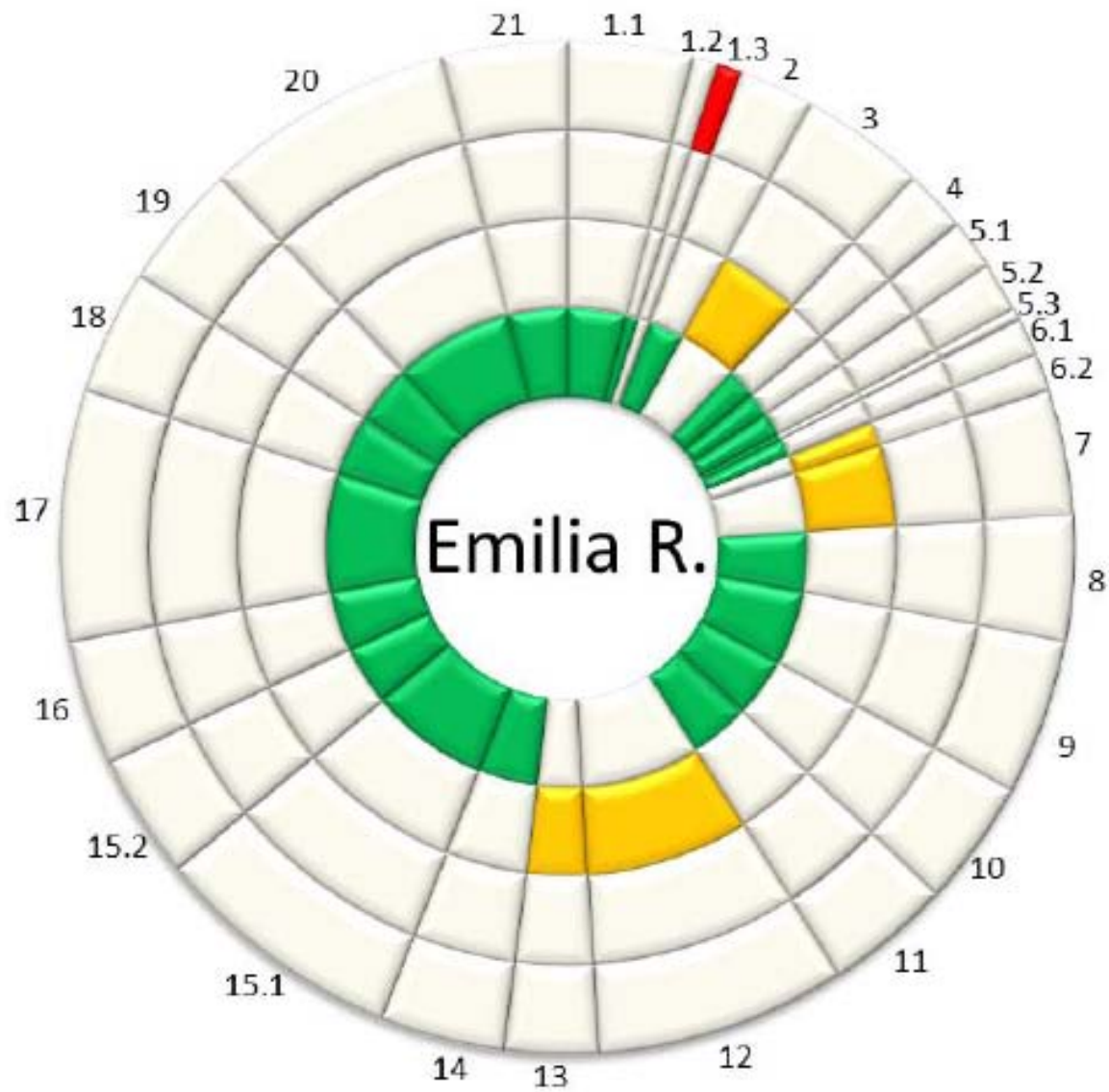
**Adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA”  
attraverso gli indicatori della griglia Lea**

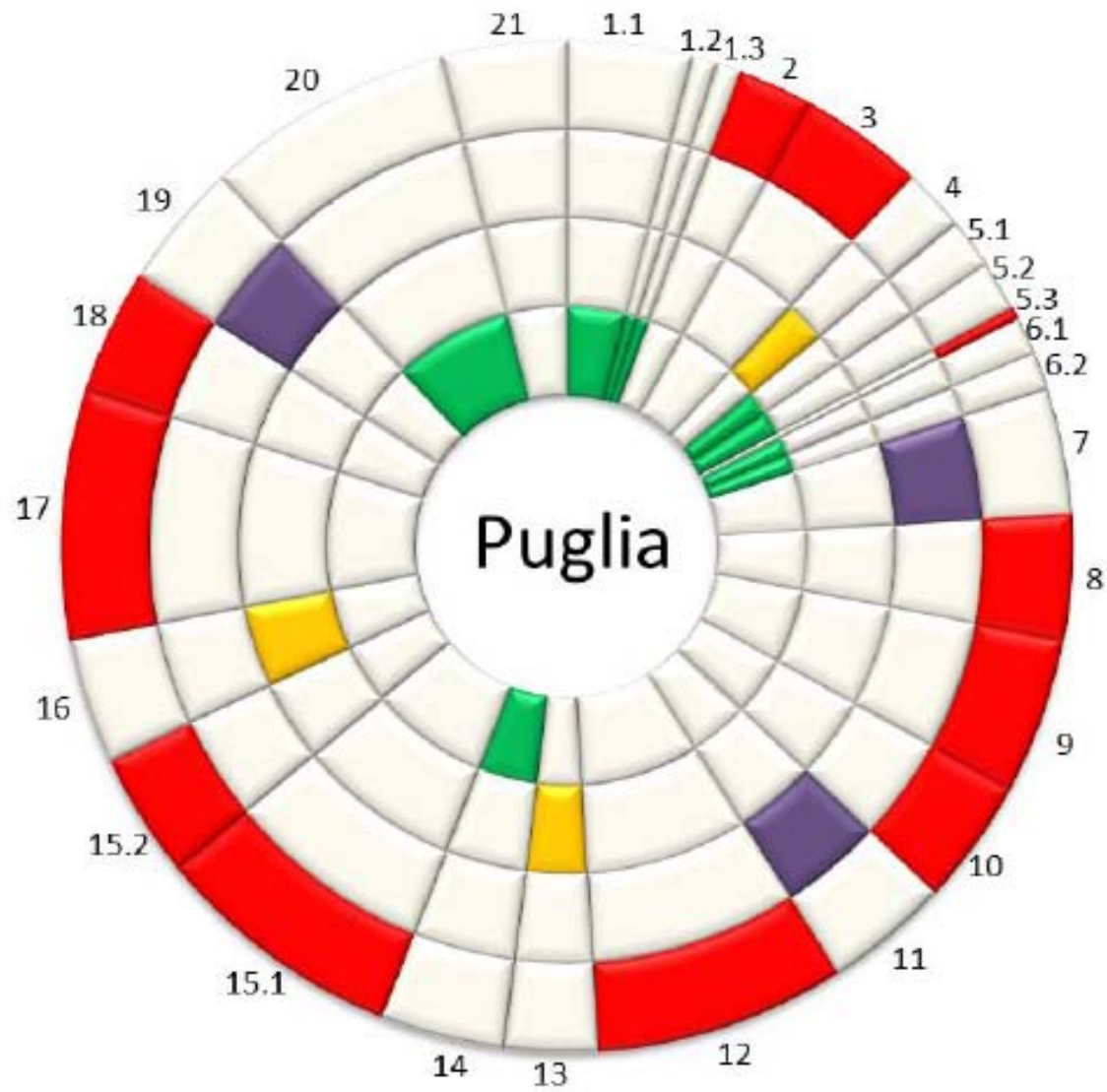
*Metodologia e Risultati dell’anno 2010*

### 3.1 Risultati della valutazione 2010

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia R.	
	Umbria	
	Toscana	
	Marche	
	Veneto	
	Piemonte	
	Lombardia	
	Basilicata	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Liguria	<p><b>*Impegni 2011:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento delle attività riferite al primo livello di assistenza (es. programmi di screening)</li> <li>• Riduzione del tasso di ospedalizzazione</li> </ul>
	Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi alle cure palliative ed all'assistenza domiciliare e residenziale</li> </ul>
Critica	Molise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinvio al Piano di Rientro.</li> </ul>
	Lazio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinvio al Piano di Rientro</li> </ul>
	Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinvio al Piano di Rientro</li> </ul>
	Calabria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinvio al Piano di Rientro</li> </ul>
	Campania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinvio al Piano di Rientro</li> </ul>
	Puglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinvio al Piano di Rientro</li> </ul>







## Guida alla lettura

La valutazione degli esiti degli interventi sanitari, può essere definita come:...

[leggi](#)

## Fonti informative e criteri di record linkage



Il Sistema Informativo Ospedaliero raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuzie e post-acuzie) registrati in Italia....

[leggi](#)

## Metodi statistici



Nella maggior parte delle applicazioni gli indicatori di valutazione degli esiti degli interventi sanitari sono espressi come ...

[leggi](#)

## Appendice

Lista degli acronimi e delle definizioni maggiormente usate per la descrizione degli indici e nelle trattazioni epidemiologiche.

[leggi](#)

---

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

Il Sole **24 ORE**

---

# Sanità

---

Anno XV - n. 37  
Poste Italiane Sped. in A.P.  
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,  
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale  
9-15 ottobre 2012  
[www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)

---

*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%**

## Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Struttura	Regione	Prov.	Rischio x 100
Cc Mater Dei - Roma	Lazio	RM	91,92
Cca Villa Cinzia - Napoli	Campania	NA	90,02
Cca Lucina - Catania	Sicilia	CT	84,85
Cca Tortorella - 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' Foncello - Treviso	Veneto	TV	5,28
Ospedale Vittorio Emanuele III - Carate Brianza	Lombardia	MB	3,97

## Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore

Struttura	Regione	Prov.	%
Cca Poliambulanza - 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 - Camaiore	Toscana	LU	86,82
<b>Italia</b>			<b>33,11</b>
Ao Sant'Anna e San Sebastiano - Caserta	Campania	CE	1,52
Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Lazio	RM	1,40
Ospedale Civile Sassari - Sassari	Sardegna	SS	1,25
Ospedale di Casarano - Casarano	Puglia	LE	0,97
Ospedale Loreto Mare - Napoli	Campania	NA	0,52

# L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale  
gennaio - settembre 2012



OSSERVATORIO  
NAZIONALE  
SULL'IMPIEGO  
DEI MEDICINALI

**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	36,4	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	2,2	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	-13,4	-2,5	13
Liguria	-5,0	0,4	-3,3	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



# Rapporto sull'uso dei farmaci antibiotici

## Analisi del consumo territoriale nelle regioni italiane

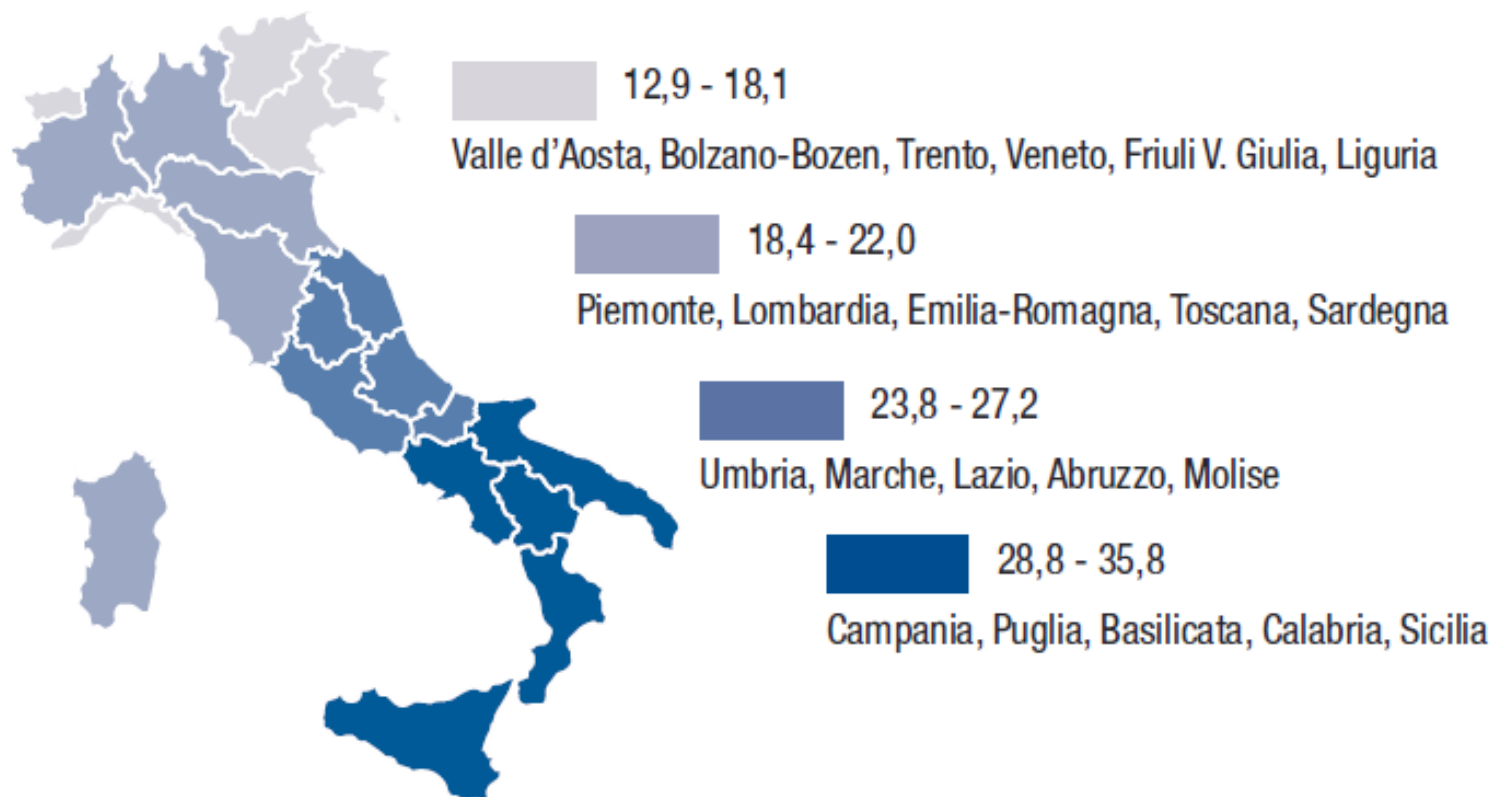


# 2009



*Agenzia Italiana del Farmaco*  
AIFA

L'uso SSN di antibiotici nelle Regioni italiane in DDD/1000 ab die.  
Anno 2008







## 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



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

**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**



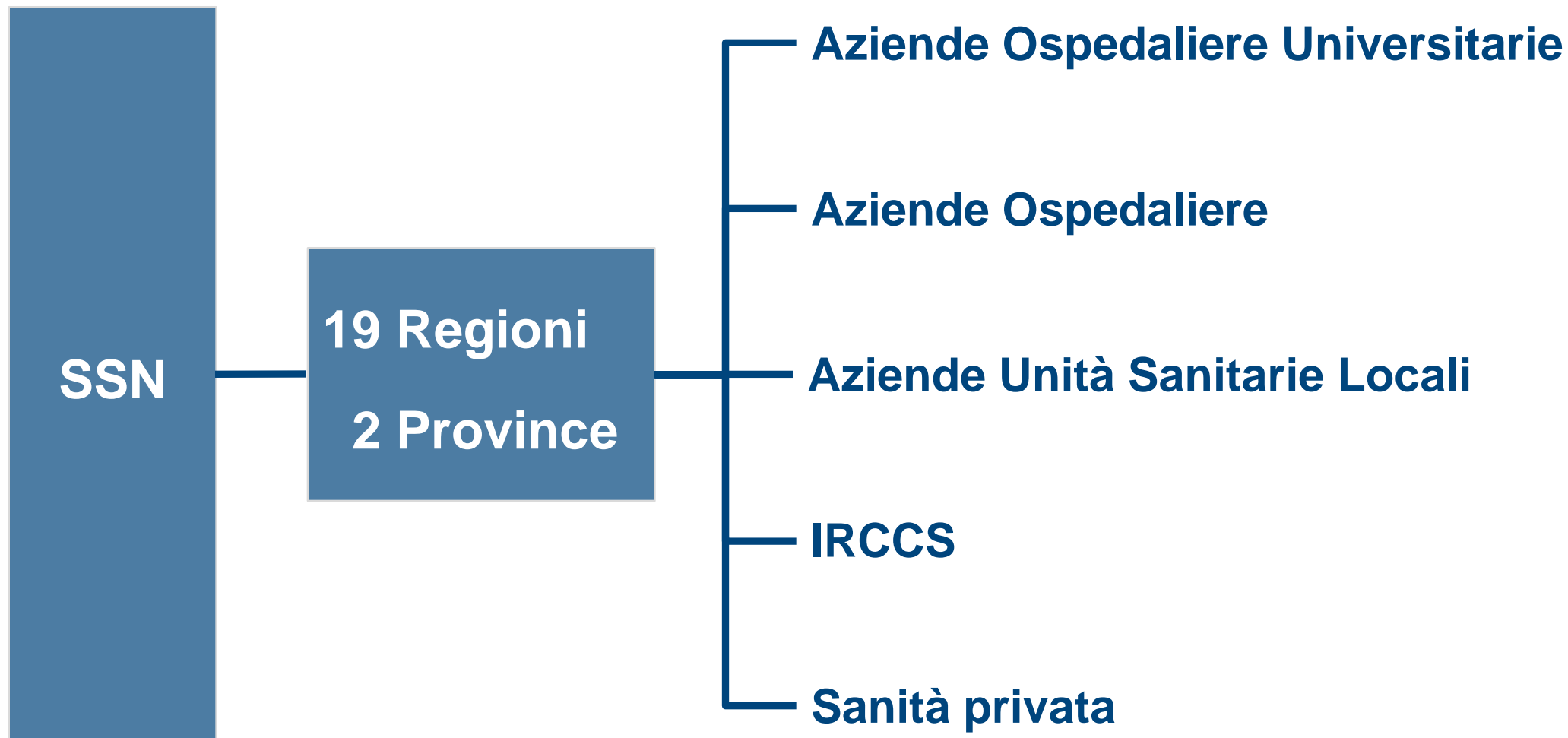
- Se la politica ha scelto di tutelare l'autonomia delle Regioni, deve "ripensare" il Titolo V della Costituzione
- Se la Sanità non può tornare materia di competenza dello Stato, vanno ampliate le capacità di indirizzo e verifica del Ministero sui 21 sistemi sanitari regionali

# 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

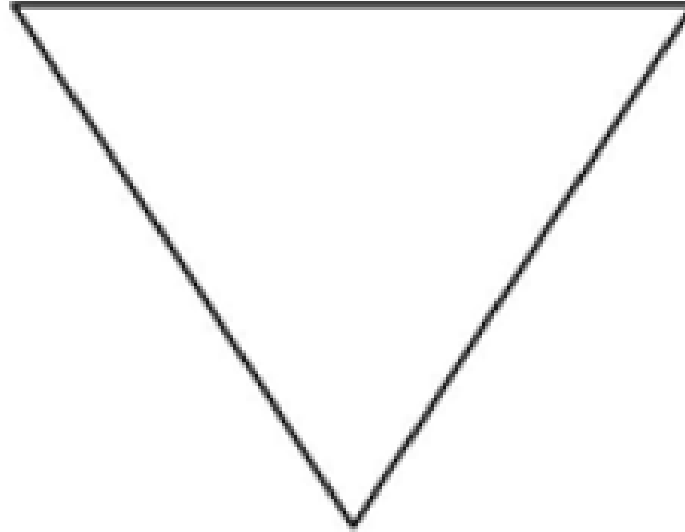
**#SalviamoSSN**

“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

# Health Care Needs Assessment

Incidenza e/o  
prevalenza

Efficacia e  
costo-efficacia



Servizi  
esistenti



## 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?





*The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Perspective  
MAY 24, 2012

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

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

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

---

Jon C. Tilburt, MD

---

Christine K. Cassel, MD

---

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



**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



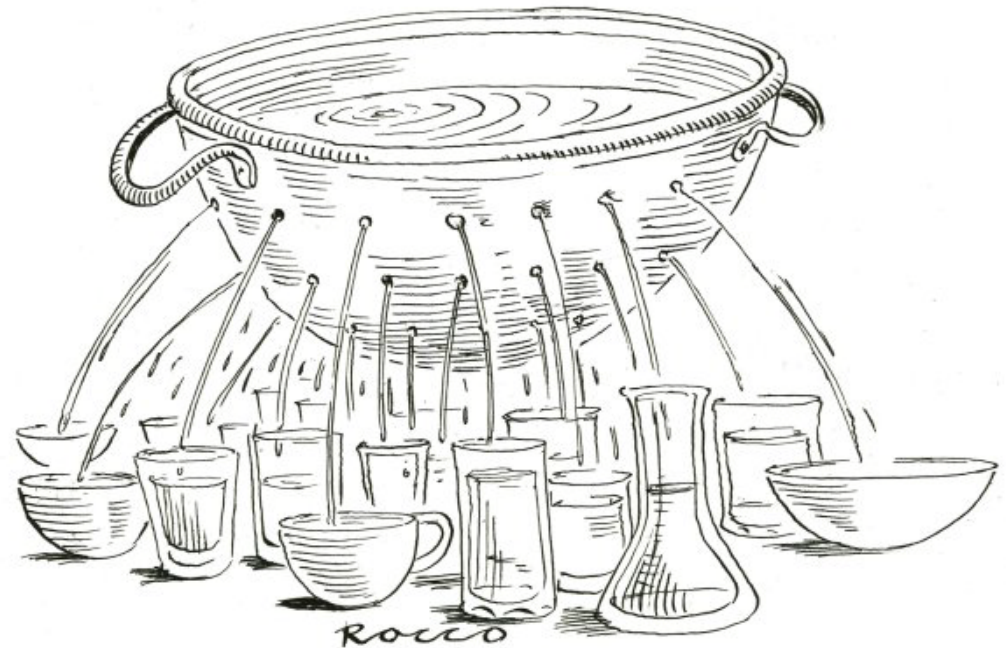
**PRINCIPIO GUIDA**

**#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



# 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 stew-

ardship 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.* 2011;155:386-388.

For author affiliation, see end of text.

[www.annals.org](http://www.annals.org)

# 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 \$765 billion of this spending has been identified as potentially avoidable; many of the avoidable costs have been attributed to unnecessary services. Post-graduate 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 ten 1-hour, case-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.

[www.annals.org](http://www.annals.org)

For author affiliation, see end of text.

\* For a list of committee members, see the **Appendix** (available at [www.annals.org](http://www.annals.org)).

This article was published at [www.annals.org](http://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

---

# The Value in the Evidence

## *Teaching Residents to “Choose Wisely”*

*Christopher Moriates, MD; Krishan Soni, MD, MBA; Andrew Lai, MD, MPH; Sumant Ranji, MD*

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

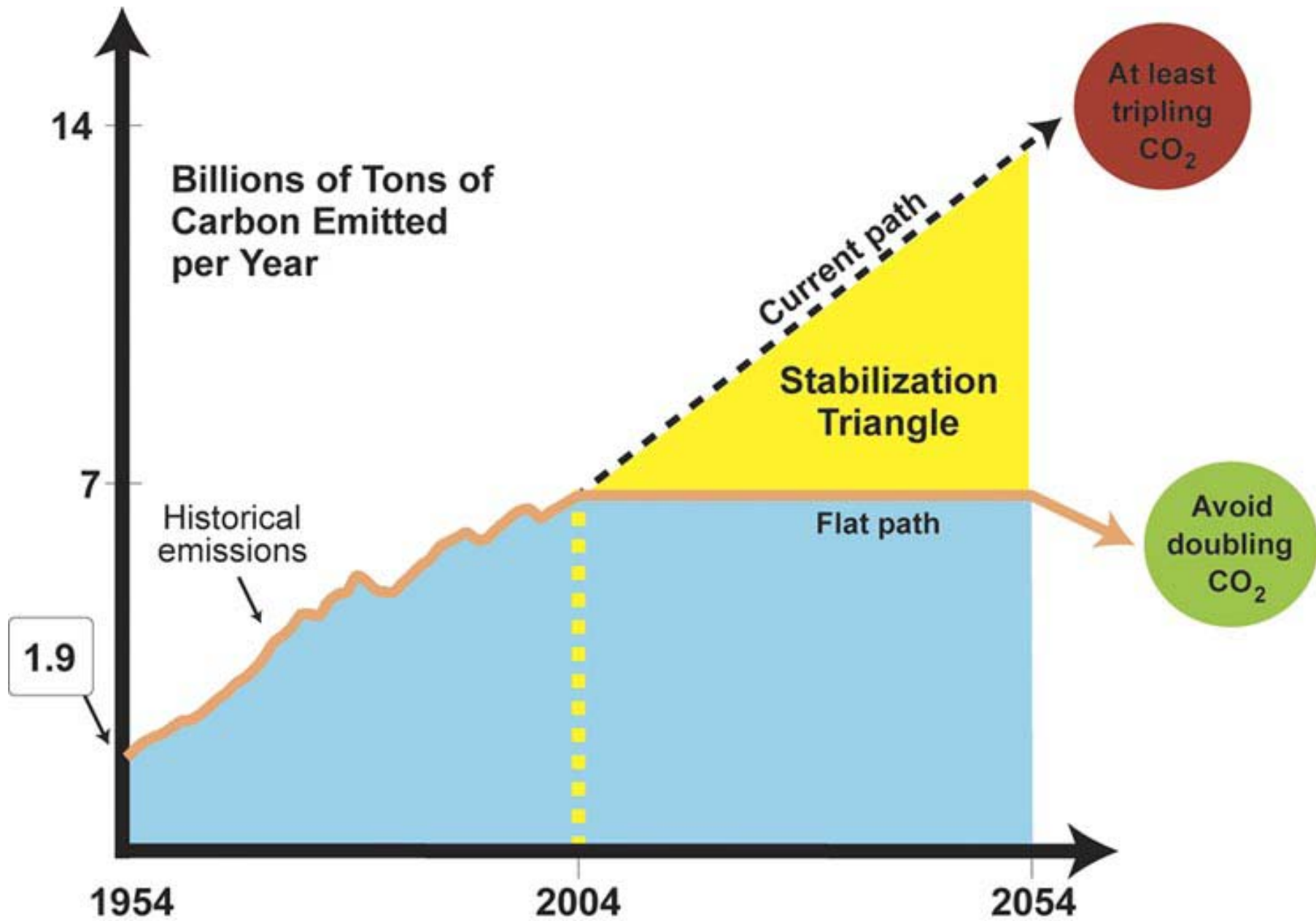
# Robert Socolov & Steve Pacala



# Stabilization Wedges: Solving the Climate Problem for the Next 50 Years with Current Technologies

S. Pacala<sup>1\*</sup> and R. Socolow<sup>2\*</sup>

13 AUGUST 2004 VOL 305 SCIENCE [www.sciencemag.org](http://www.sciencemag.org)



**ONLINE FIRST**

# Eliminating Waste in US Health Care

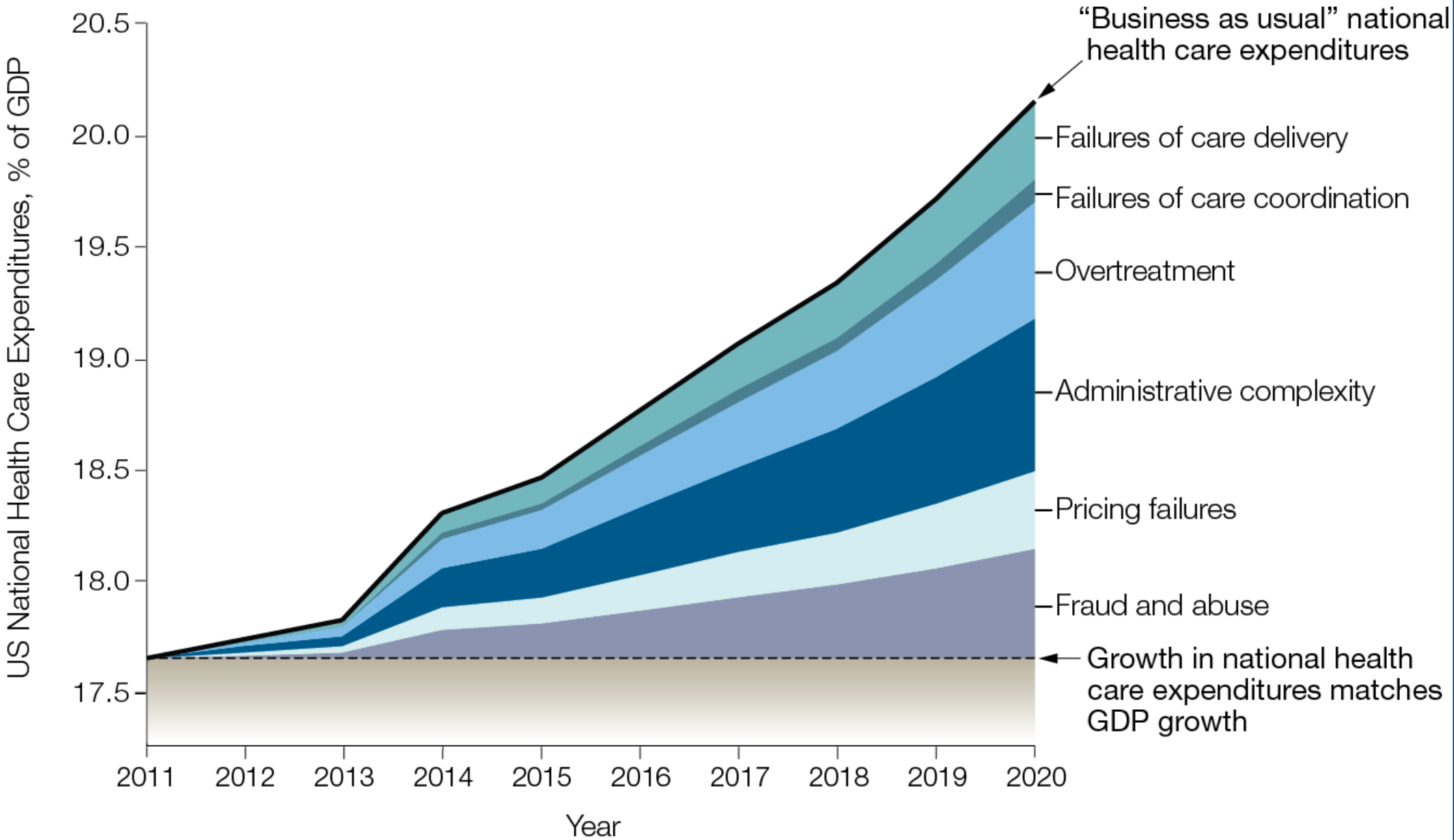
---

Donald M. Berwick, MD, MPP

Andrew D. Hackbarth, MPhil

---

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



# 6 categorie di sprechi...



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**





**PRINCIPIO GUIDA**

**#SalviamoSSN**

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



**About**  
Learn More about  
Choosing Wisely

<http://choosingwisely.org>



## 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

# The top five questions

5. Quale ruolo per cittadini e pazienti?



## LE PAROLE DELLA SANITÀ

# *Cliente, paziente, persona*

**Marco Geddes da Filicaia**  
Ospedale Santa Maria Nuova  
Azienda Sanitaria di Firenze

R&P 2012; 28: 28-29

28

# 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

La progressiva **involuzione 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

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

Antonino Cartabellotta<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Presidente Fondazione GIMBE





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;172(5):405-411.*

*Published online February 13, 2012.*



**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)





## 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”**



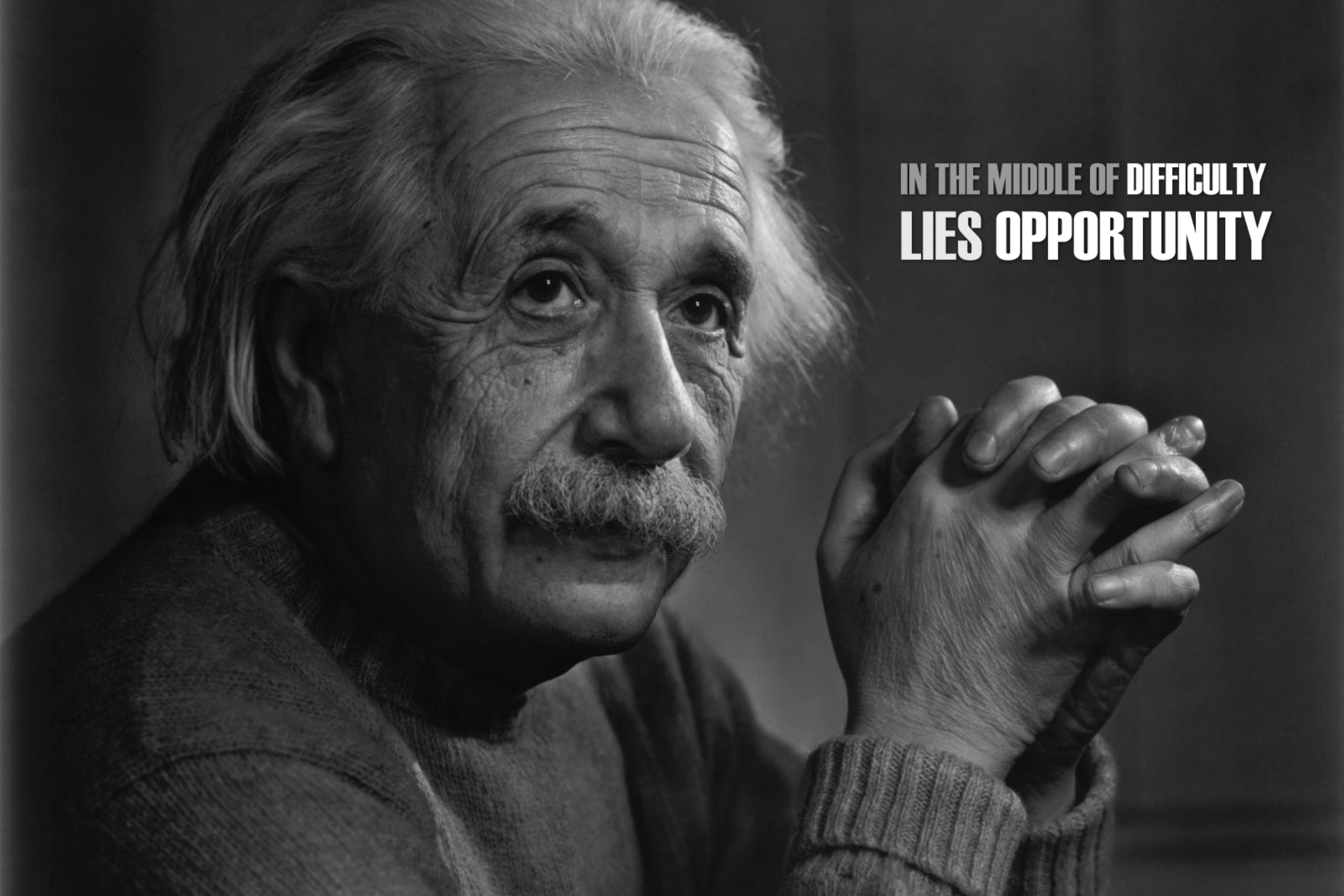


[www.salviamo-SSN.it](http://www.salviamo-SSN.it)

**PRINCIPIO GUIDA**

**#SalviamoSSN**

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



**IN THE MIDDLE OF DIFFICULTY  
LIES OPPORTUNITY**

# SALVIAMO IL NOSTRO SSN



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