

Anno XXVII
Numero 34 - 15 settembre 2014

Panorama della **Sanità**



SALVIAMO IL NOSTRO SSN!

Per non rinunciare a un sistema sanitario pubblico e universalistico,
il progetto della Fondazione Gimbe mira a coinvolgere
tutti gli attori della sanità italiana

DIARIO

PIANI DI RIENTRO: MIGLIORATO
L'EQUILIBRIO FINANZIARIO,
ORA SI PUNTA ALL'ASSISTENZA

PRIMO PIANO

IL CONTENZIOSO
MEDICO LEGALE ESPLODE
IN TUTTA EUROPA

LAVORO

LA CASA DELLA SALUTE:
UN CONTRIBUTO
ALLA CHIAREZZA

Il progetto della Fondazione GIMBE:

Salviamo il nostro SSN

di Antonino Cartabellotta*

Concepito in una fase di grande incertezza politica ed economica, il progetto “Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale” nasce dalla consapevolezza che un Ssn equo e universalistico è ancora sostenibile nonostante i tagli, perché una quota consistente della spesa sanitaria viene oggi sprecata in maniera intollerabile a causa di obiettivi divergenti, conflittuali e opportunistici dei numerosi stakeholders. Per non rinunciare a un sistema sanitario pubblico e universalistico, il progetto mira quindi a coinvolgere tutti gli attori della sanità italiana, al fine di identificare le criticità e suggerire possibili soluzioni per la sostenibilità del sistema¹.

L'essenza del progetto si concretizza nel manifesto della sostenibilità (box 1), ma altrettanto rilevanti sono i presupposti concettuali ne hanno favorito lo sviluppo (box 2).

Il primo step del progetto è stata la stesura dei principi guida che configurano l'idea di Sanità pubblica della Fondazione Gimbe; tali principi stati definiti tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali. Nel corso del primo anno i principi guida sono stati sottoposti a consul-



tazione pubblica per approvazione, modifiche e integrazioni. La versione 2.0 dei principi guida ha quindi dato vita alla “Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani”, intesa come una vera e propria declinazione dell'articolo 32 della Costituzione (box 3).

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce “universalità ed equità di accesso a tutte le persone” e alla L. 833/78 che conferma la “globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini”, oggi i dati smentiscono di continuo l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali su cui si basa il SSN. Infatti, inaccetta-

bili diseguaglianze regionali e locali fanno apparire come un lontano miraggio l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale, la reciprocità di assistenza tra le Regioni⁵. Per risolvere questa inammissibile situazione, due le azioni già proposte dal progetto:

- Il riordino della ripartizione delle competenze legislative concorrenti tra Stato e Regioni come individuate nel titolo V della Costituzione art. 117, per porre fine alla eccessiva frammentazione che rappresenta un fattore

Box 1 - Il manifesto della sostenibilità

- Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani.
- Le scelte politiche e le modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari hanno messo progressivamente in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del SSN.
- Il protrarsi di questo status ha determinato inaccettabili disuguaglianze, sta danneggiando la salute dei cittadini e rischia di compromettere la dignità delle persone e la loro capacità di realizzare le proprie ambizioni.
- Lamentare un finanziamento inadeguato, senza essere propositivi, fornisce un alibi per smantellare il SSN, spiana la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati e aumenta le disuguaglianze sociali. Tutti i protagonisti della sanità italiana, cittadini inclusi, possono sottoscrivere il manifesto all'indirizzo www.salviamo-SSN.it

di grave complicazione istituzionale;

- Il potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sui 21 servizi sanitari regionali, attraverso quattro interventi fondamentali per minimizzare iniquità e disuguaglianze in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinici e organizzativi e di esiti di salute:
 - (Ri)definizione a livello nazionale dei requisiti minimi di accreditamento per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e conseguente verifica.
 - (Ri)definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea) dettagliando, oltre a livelli e sottolivelli, anche servizi, prestazioni e procedure, al fine di identificare standard univoci di appropriatezza professionale e organizzativa.
 - Definizione di un set multidimensionale di indicatori condiviso con le Regioni, per valutare le performan-

ce sanitarie in tutto il territorio nazionale utilizzando le stesse "unità di misura".

- Produzione e continuo aggiornamento di standard nazionali (linee guida, Hta reports, *patient decision aids*,⁶) che sintetizzino con adeguato rigore metodologico le migliori evidenze disponibili per guidare pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, pratica clinica e informazione dei cittadini.

Il primo punto è stato già risolto dal Governo Renzi con la "controriforma" del Titolo V: scompare infatti la legislazione concorrente tra Stato e Regioni, vengono ampliate le competenze statali tra cui la salute e alle Regioni rimane la competenza legislativa esclusiva nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali. Viceversa, rimangono molto nebulosi metodi, strumenti e responsabilità per potenziare adeguatamente le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sui SSR, rispetto ai punti di cui sopra. Nemmeno il Patto per la

Salute 2014-2016 chiarisce in maniera definitiva come lo Stato intende attuare un'adeguata governance della deriva regionalista, causa di disuguaglianze e iniquità. Anche dal punto di vista finanziario, se è apprezzabile l'obiettivo di mantenere in sanità tutte le risorse recuperate, in assenza di chiari obiettivi di disinvestimento e riallocazione, la maggior parte delle Regioni non riuscirà mai nella duplice titanica impresa di tagliare gli sprechi e investire su servizi e prestazioni sottoutilizzate.

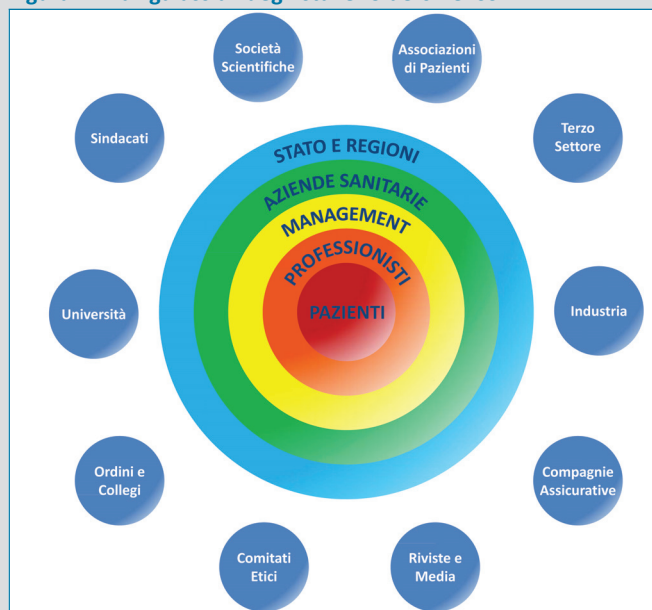
Rispetto alla pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari il modello di riferimento del progetto è quello dell'*Health Care Needs Assessment*⁷, secondo cui la programmazione sanitaria deve fondamentalmente essere guidata da tre elementi (figura 2): l'epidemiologia di malattie e condizioni, il *value* degli interventi sanitari e i servizi esistenti, una elementare "triangolazione" mai applicata nel nostro Ssn per varie ragioni. Innanzitutto, perché l'epidemiologia delle malattie/condizioni è influenzata dalla estrema medicalizzazione della società che, fomentata da continue campagne di sensibilizzazione, aumenta la domanda di servizi e prestazioni non necessarie, oltre che dalla scarsa rilevanza assegnata ad alcune condizioni (prevenzione non medicalizzata, non autosufficienza, malati terminali). In secondo luogo, perché il *value* di servizi e prestazioni sanitarie non viene di fatto mai valutato per deciderne l'introduzione o la soppressione; infine, perché i servizi esistenti condizionano la riorganizzazione dell'offerta con meccanismi a volte competitivi,

*Presidente Fondazione
GIMBE

Box 2 - Salviamo il Nostro Ssn: i presupposti concettuali

- È necessario acquisire consapevolezza politica, manageriale, professionale e sociale che la Sanità è un mercato condizionato dall'offerta, attorno al quale ruotano gli interessi di numerosi attori: politica (Stato, Regioni e Province Autonome), aziende sanitarie pubbliche e private, manager, professionisti sanitari e cittadini, ma anche Università, società scientifiche, ordini e collegi professionali, sindacati, associazioni di pazienti, industria farmaceutica e biomedicale, etc. (figura 1).
- Il SSN è caratterizzato da complessità, incertezze, asimmetria informativa, qualità difficilmente misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. L'inestricabile combinazione di questi fattori permette ai diversi stakeholders un tale livello di opportunismo da rendere il sistema poco controllabile. Di conseguenza, per mantenere un Ssn equo e universalistico, è indispensabile riallineare gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi stakeholders, rimettendo al centro l'obiettivo assegnato al Ssn dalla legge 833/78 che lo ha istituito, ovvero: "promuovere, mantenere, e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione".
- Nell'ultimo ventennio numerosi fattori hanno silenziosamente contribuito alla progressiva crisi di sostenibilità del Ssn: il mutamento delle condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, il perpetuarsi delle ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la "grande incompiuta" dei Lea, la gestione delle aziende sanitarie come "silos" in continua competizione, l'evoluzione del rapporto paziente-medico e l'involuzione del cittadino in consumatore.
- Nei sistemi sanitari del XXI secolo numerosi problemi prescindono dalla disponibilità di risorse, anzi spesso conseguono a una eccessiva medicalizzazione della società: le inaccettabili variabilità di processi ed esiti assistenziali, l'aumento dei rischi per i pazienti, gli sprechi e l'incapacità del sistema a massimizzare il *value*², le diseguaglianze e le iniquità, l'incapacità a prevenire le malattie.
- Conoscenze. La sostenibilità di un sistema sanitario, indipendentemente dalla sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di PIL destinata alla Sanità, non può più prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze (*knowledge generation*), il loro utilizzo da parte dei professionisti (*knowledge management*) e la governance dell'intero processo per trasferire le conoscenze all'assistenza sanitaria (*knowledge translation*). Secondo Muir Gray, infatti, le conoscenze, i cittadini e internet rappresentano i driver della Sanità del XXI secolo³.
- Innovazioni. In sanità il concetto di innovazione viene solitamente riferito a un processo o un prodotto che dovrebbe garantire benefici maggiori per la salute e il benessere delle persone. In realtà, negli ultimi 10 anni il mercato della salute è stato invaso da innumerevoli false innovazioni diagnostico-terapeutiche finalizzate esclusivamente ai profitti dei produttori. Quello che occorre al Ssn sono vere e proprie *disrupting innovations*, innovazioni di rottura che - secondo Clayton Christensen - segnano una svolta rispetto al passato⁴.

Figura 1 - La "galassia" degli stakeholders nel SSN



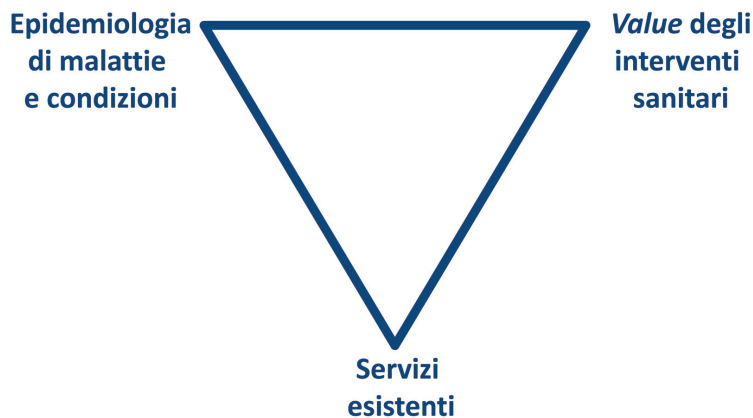
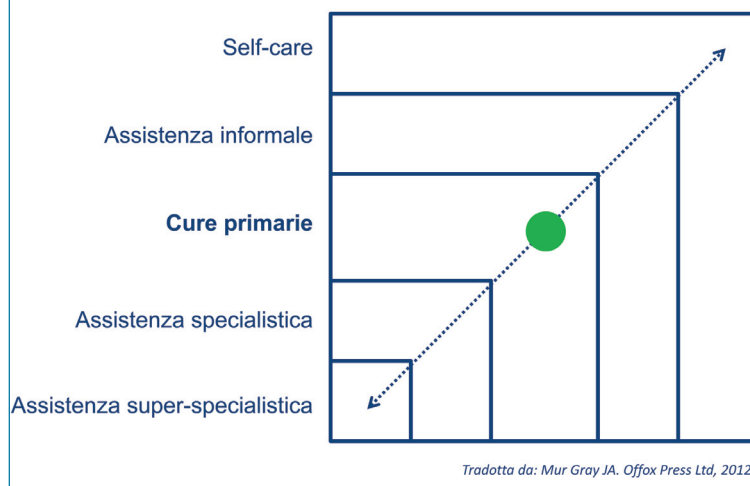
a volte finalizzati a proteggere interessi politici, industriali o di corporazioni professionali. In

questo scenario completamente sregolato, figlio legittimo di una programmazione sanitaria inesi-

stente, oggi risulta particolarmente complessa e sofferta qualunque forma di riorganizzazione

Tabella 1 - Categorie di sprechi e relativo impatto sul SSN (tassonomia e percentuali sprechi da⁸)

| Categoria sprechi | % | Mld di € |
|--|-----|----------|
| 1. Sovra-utilizzo interventi sanitari inefficaci e inappropriati | 26% | 5,72 |
| 2. Frodi e abusi | 21% | 4,62 |
| 3. Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi | 19% | 4,18 |
| 4. Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci e appropriati | 12% | 2,64 |
| 5. Complessità amministrative | 12% | 2,64 |
| 6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza | 10% | 2,20 |

Figura 2 - Health Care Needs Assessment: il triangolo della programmazione sanitaria**Figura 3 - Il superamento della dicotomia ospedale-territorio**

dei servizi sanitari. Indubbiamente, la riforma delle cure primarie e i nuovi standard ospedalieri rappresentano un buon punto di

partenza, ma non sarà affatto semplice mettere d'accordo tutte le parti in causa. Tra le innovazioni di rottura il progetto pro-

pone di (ri)programmare l'assistenza secondo le necessità assistenziali della persona, abbandonando definitivamente la dicotomia ospedale-territorio (figura 3) e di ripensare alla governance delle relazioni tra committenti (Asl) e fornitori (aziende ospedaliere, privati), con l'obiettivo di ridurre le prestazioni inappropriato.

Uno dei capisaldi del progetto è che, nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile, a patto di identificare ed eliminare gli sprechi che si annidano a tutti i livelli coinvolgendo tutti gli stakeholders. A tal proposito il riferimento è alla tassonomia di Don Berwick⁸, che identifica sei categorie di sprechi, il cui impatto sul nostro Ssn potrebbe superare i 20 mld di €/anno (tabella 1). Illusorio, invece, affidarsi esclusivamente al *lean management*: le evidenze disponibili documentano infatti che questa strategia aumenta la produttività, senza alcun impatto sugli esiti assistenziali⁹, perché l'incremento non riguarda esclusivamente servizi e prestazioni sanitarie efficaci o appropriate e rischia di generare esclusivamente un "efficientismo produttivo".

Il Patto per la Salute 2014-2016 ha fissato la scadenza per la revisione dei livelli essenziali di assistenza al 31 dicembre 2014. Se molti si interrogano sulla realistica possibilità di rispettare tale scadenza, è fondamentale che, oltre all'indifferibile aggiornamento, si riparta concretamente dai principi fondamentali di *evidence-based policy making* enunciati dal DM 29 novembre 2001, di fatto mai attuati. Ovvero i LEA devono includere quanto è di provata efficacia-appropriatezza, escludere quanto di provata inefficacia-inappropriatezza e prevedere la spe-

Box 3 - Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani**Capo I. Diritto costituzionale alla tutela della Salute**

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

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

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

Capo II. Finanziamento del SSN

Art. 4. La riduzione degli investimenti pubblici in Sanità, oltre alla salute, compromette la dignità dei cittadini e le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che costituiscono il vero ritorno di questi investimenti.

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

Art. 6. Le risorse acquisite dall'intermediazione assicurativa dei privati devono essere indirizzate su prestazioni non essenziali.

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

Capo III. Sostenibilità del SSN

Art. 8. In un SSN sostenibile le migliori evidenze scientifiche devono guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone (*evidence for health*).

Art. 9. Nonostante i tagli, il SSN rimane sostenibile perché una percentuale consistente della spesa sanitaria può essere recuperata riducendo sprechi non più tollerabili.

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

Capo IV. Politica e Sanità

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

Art. 12. La salute dei cittadini deve orientare tutte le politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali (*Health in All Policies*).

Art. 13. Le politiche sanitarie non possono essere ostaggio di interessi industriali, solo perché il mercato della salute genera occupazione o perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione può ridurre posti di lavoro.

Art. 14. Le politiche sanitarie volte a preservare il SSN richiedono un'adeguata pianificazione che coinvolga tutte le categorie di stakeholders e devono uscire dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Capo V. Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

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

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

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

Art. 18. Tutte le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendicontare pubblicamente le proprie performance.

Art. 19. Il management delle aziende sanitarie deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute e non dalla produzione di servizi e prestazioni.

Art. 20. Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi incentivanti orientati a ridurre gli sprechi, premiando l'erogazione di un'assistenza sanitaria ad *high value*.

Capo VI. Professionisti sanitari

Art. 21. Tutte le forme di aggregazione e associazione dei professionisti sanitari devono mantenere al centro la salute dei cittadini italiani, trasformando le innumerevoli corporazioni competitive nei nodi di un network collaborativo.

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

Art. 23. Tutte le categorie professionali devono contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale *more is better in less is more*, promuovendo una medicina sobria e parsimoniosa e identificando gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*.

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

Art. 25. La pratica della medicina difensiva deve essere contrastata con informazioni e azioni a tutti i livelli nella consapevolezza sociale dei danni e dei costi che produce.

Capo VII. Cittadini e pazienti

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

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

Art. 28. L'assistenza centrata sul paziente deve considerarne aspettative, preferenze e valori e promuoverne coinvolgimento ed *empowerment* insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un unico team clinico-assistenziale.

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

Capo VIII. Ricerca

Art. 30. Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute e il benessere delle persone, evitando ogni forma di spreco.

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

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

Art. 33. La definizione dell'agenda della ricerca deve prevedere il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti, per identificare quali interventi sanitari valutare e quali outcome misurare.

Capo IX. Formazione continua

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

Art. 35. La formazione continua e il miglioramento della competenza professionale rappresentano determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

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

Capo X. Integrità e trasparenza

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

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

Figura 4 - Relazioni tra conoscenze e definizione dei livelli essenziali di assistenza



rimentazione per interventi, servizi e prestazioni sanitarie di dubbia efficacia e appropriatezza (figura 4). A tal proposito una delle azioni proposte dal progetto è che almeno l'1% della quota di risorse destinata alle singole Regioni venga investita in ricerca sui servizi sanitari, per fornire risposte al Ssn su priorità di salute orfane di evidenze. E' inaccettabile che un Paese che spende

ogni anno oltre 110 mld di euro per la Sanità investa in ricerca meno dell'uno per mille¹⁰, peraltro destinando i fondi prevalentemente alla ricerca di base e senza alcuna definizione delle priorità del Ssn. Altra proposta relativa alle modalità di finanziamento riguarda i fondi integrativi che dovrebbero essere utilizzati esclusivamente per prestazioni non essenziali: l'esistenza di un

“salvadanaio unico” dove contuiscono denaro pubblico, spesa *out-of-pocket* e fondi integrativi di assicurazioni private rischia infatti di aumentare iniquità e disuguaglianze.

Per la salvaguardia del Ssn, cruciale è il ruolo dei professionisti sanitari che dovrebbero collaborare con le Istituzioni e le organizzazioni sanitarie a tutti i livelli per identificare interventi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati e dal *low-value*^{11,12} che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse^{13,14,15,16}, impossibile da identificare per la politica. Per raggiungere questo ambizioso obiettivo, è indispensabile innanzitutto riformulare “*more is better*” - imperativo socio-culturale dominante in sanità - in *less is more*¹⁷ che promuove una medicina parsimoniosa¹⁸; in secondo luogo, quando le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico

Bibliografia

¹ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Al via il progetto della Fondazione GIMBE. Evidence 2013;5(3): e1000038.

² Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363: 2477-81.

³ Muir Gray JA. How To Get Better Value Healthcare, 2nd ed. Oxford: Offox Press LTD, 2011.

⁴ Christensen CM. The innovator's dilemma: when new technologies cause great firms to fail. Boston: Harvard Business School Press, 1997.

⁵ Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osserva Salute 2013. Disponibile a:

<http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2013/13>. Ultimo accesso 8 settembre 2014.

⁶ Cartabellotta A. Patient decision aids: strumenti per il processo decisionale condiviso. Evidence 2014;6(1): e1000066.

⁷ Stevens A, Raferty J. Health care needs assessment—the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.

⁸ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

⁹ Andersen H, Røvik KA, Ingebrigtsen T. Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A

systematic review of reviews. BMJ Open 2014;4:e003873.

¹⁰ Ministero della Salute. Bando Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2013. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_4_1.jsp?lingua=italiano&cid=98. Ultimo accesso: 8 settembre 2014.

¹¹ Gawande AA, Colla CH, Halpern SD, Landon BE. Avoiding low-value care. N Engl J Med 2014;370:e21.

¹² Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring low-value care in Medicare. JAMA Intern Med 2014;174:1067-76.

¹³ Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value

ha sempre il dovere di rifiutarle, convincendolo attraverso una *evidence-based persuasion*¹⁹; infine, serve una nuova stagione di collaborazione, in cui mettere da parte tutte le lotte fratricide che, nella strenua difesa di interessi corporativi, hanno frammentato le professioni sanitarie rendendole incapaci di essere propositive e consentito alla politica di svuotare di contenuti professionali la programmazione sanitaria grazie all'antica strategia del *dividi et impera*.

I cittadini e pazienti, dal canto loro, devono ridurre le aspettative nei confronti di una “medicina mitica”²⁰, ma al tempo stesso meritano di essere adeguatamente informati sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari²¹, sia per ridurre le asimmetrie informative, sia per facilitare il processo decisionale condiviso²². In particolare occorre avere consapevolezza che la progressiva involuzione del cittadino in consumatore di servizi e pre-

stazioni sanitarie continua a fare il gioco della politica: infatti, la *customer satisfaction* aumenta i costi, non migliora la salute, ma rappresenta un insostituibile strumento di consenso elettorale²³. Peraltro, solo pochi contribuenti sono realmente 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, in particolare nelle regioni in piano di rientro.

Infine, è indispensabile riconoscere che una quota degli sprechi è alimentata dai conflitti di interessi che minano l'integrità del sistema a tutti i livelli, favorendo la diffusione di servizi, interventi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate, alimentando comportamenti opportunistici, se non addirittura abusi e comportamenti illeciti di cui emerge solo la punta dell'iceberg²⁴. In assenza di un'adeguata integrità e trasparenza della politica, dei manager, dei

professionisti sanitari e degli stessi pazienti, tutte le azioni proposte per salvare il Ssn rischiano di essere vanificate.

Se un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini, metterlo in discussione significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, costituiscono il vero ritorno degli investimenti in Sanità. Ma questo ritorno, indispensabile per la ripresa economica del Paese, può essere avviato solo da un esecutivo in grado di “volare alto” innanzitutto nel pensiero politico, poi nell'idea di welfare e finalmente nella (ri)programmazione socio-sanitaria coinvolgendo a carte scoperte tutte le categorie di stakeholders, e uscendo definitivamente dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine²⁵.

lists. JAMA 2013;309:775-6.

¹⁴ Baker DW, Qaseem A, Reynolds PP, Gardner LA, Schneider EC; American College of Physicians Performance Measurement Committee. Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. *Ann Intern Med* 2013;158:55-9.

¹⁵ Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICELY done? *BMJ* 2011;343:d4519.

¹⁶ Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Aust* 2012;197:556-60.

¹⁷ Lipitz-Snyderman A, Bach PB. Overuse of health care services: when

less is more ... more or less. *JAMA Intern Med* 2013;173:1277-8.

¹⁸ Tilburt JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA* 2013;309:773-4

¹⁹ Shaw D, Elger B. Evidence-based persuasion: an ethical imperative. *JAMA* 2013;309:1689-90.

²⁰ Smith R. The NHS: possibilities for the endgame. Think more about reducing expectations. *BMJ* 1999 23;318:209-10

²¹ Fahey T, NicLiam B. Assembling the evidence for patient centred care. *BMJ* 2014;349:g4855

²² Stigglebout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Légaré F, Montori VM, Trevena L, Elwyn G.

Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012;344:e256

²³ Cartabellotta A. Il paziente è soddisfatto? Sì, ma costa troppo e sta peggio. *Evidence* 2012;4(3): e1000010

²⁴ Cartabellotta A. Conflitti di interesse: il tallone d'Achille della Sanità pubblica. *Huffington Post*, 3 settembre 2014. Disponibile a: www.huffingtonpost.it/nino-cartabellotta/conflitti-di-interesse-sanita-pubblica_b_5752768.html. Ultimo accesso, 8 settembre 2014.

²⁵ Cartabellotta A. Lettera aperta a Matteo Renzi: per salvare la Sanità pubblica serve una spending review efficace, ma indolore. *Evidence* 2014;6(3): e1000071