



GIMBE/ Focus sull'VIII conferenza del Gruppo italiano per la Medicina basata sulle evidenze

# Il manifesto della sostenibilità

Otto principi e un decalogo di linee di azione per il progetto «Salviamo il Ssn»

Un evento gratuito senza sponsor per oltre 400 partecipanti provenienti da tutte le Regioni italiane e rappresentanti di tutte le professioni sanitarie. Un solo intervento preordinato, 16 contributi rigorosamente selezionati tra i 113 abstract pervenuti e nessun compenso, né rimborsi per i relatori. Questo il Dna della 8ª Conferenza nazionale Gimbe - tenutasi a Bologna lo scorso 15 marzo - che attraverso un'articolata rassegna di progetti realizzati nelle organizzazioni sanitarie italiane ha dimostrato che "Evidence, Governance, Performance" sono tre ingredienti indispensabili per garantire la qualità dell'assistenza in un regime di risorse limitate.

Il Gimbe Award individuale è stato assegnato al progetto presentato da Carlo Longato, direttore delle Cure primarie della Usls 9 di Treviso. Il Gimbe Award Young è andato ex aequo a Camilla Boeri, infermiera dell'Ospedale San Giacomo di Ponte dell'Olio (Pc) e a Carlo Barbetta, medico dell'Università degli Studi di Ferrara. L'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi e l'Azienda sanitaria locale TO3 si sono aggiudicate ex aequo il Gimbe Award aziendale.

La giornata ha visto il lancio del progetto "Salviamo il Ssn" ed è stata l'occasione per presentare altre iniziative della Fondazione Gimbe: il Premio Evidence, un bando per l'erogazione di 30 borse di studio nell'ambito del progetto Gimbe for Young e la 6ª edizione della Ebhc International Conference.

Il report integrale della Conferenza è disponibile a: [www.gimbe.org/conferenza2013](http://www.gimbe.org/conferenza2013)

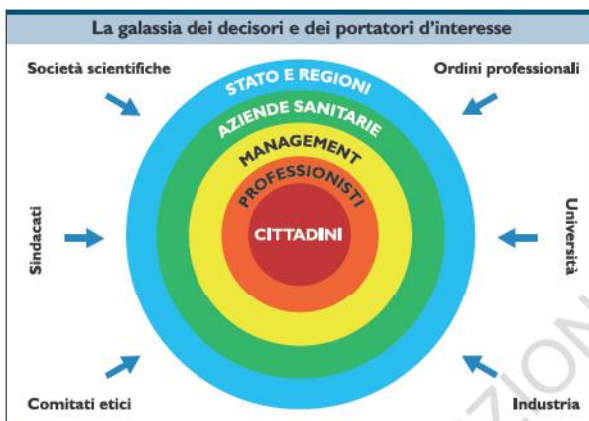
Nella conferenza stampa dello scorso 19 dicembre il ministro Balduzzi ha fatto «chiarezza sui numeri della Sanità»: sommando le varie manovre finanziarie, la Sanità pubblica dovrà rinunciare a quasi 25 miliardi di euro. Il giorno prima, un documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - stimando i tagli in oltre 30 mld di euro - riportava che «i tagli dal 2014 rischiano di portare al collasso il Ssn, paventando l'impossibilità a garantire tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che oggi sono erogate sul territorio nazionale».

Se da un lato è legittimo chiedersi se la deriva economica della politica può erodere il diritto costituzionale alla salute, dall'altro va ricordato a tutti i cittadini che l'articolo 32 della Costituzione garantisce il diritto alla salute e non alla Sanità, oggi intesa come disponibilità illimitata e tempestiva di servizi e prestazioni sanitarie, incluse quelle inefficaci e inappropriate che aumentano i rischi per i pazienti, consumando preziose risorse, ma che al tempo stesso soddisfano il cittadino-consumatore e garantiscono ritorno elettorale alla politica.

In realtà il "nodo" della sostenibilità non è venuto al pettine all'improvviso. Nell'ultimo ventennio, infatti, diversi fattori hanno silenziosamente contribuito alla progressiva crisi 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 competizione continua, l'evoluzione del rapporto paziente-medico e l'involutione del cittadino in consumatore. Tuttavia, a fronte del progressivo indebolirsi della sostenibilità del Ssn, la politica sanitaria si è limitata a "metterci le pezze": infatti, dopo la legge 229/1999 - in parte non ancora attuata - gli interventi legislativi dell'ultimo decennio sono frutto della contingenza, dell'urgenza e non certo di una coerente programmazione sanitaria.

In questo contesto particolarmente critico, teatro di un conflitto istituzionale tra Stato e Regioni che ha ormai assunto toni esasperati, il prossimo esecutivo dovrà rispondere urgentemente a una last call: identificare una linea politico-programmatica multi-stakeholders per fornire risposte di sistema a cinque questioni chiave per la sopravvivenza della Sanità pubblica.

Il Ssn è realmente sotto-finanziato? Se i dati dell'Ocse indicano che la nostra spesa sanitaria (sia pubblica che privata) è inferiore a quella dei più importanti Paesi europei, al tempo stesso in tutti i sistemi sanitari avanzati non esistono evidenze scientifiche che dimostrano una correlazione positiva tra entità degli investimenti e miglioramento degli esiti di salute. Infatti, in assenza di un adeguato sistema per eliminare inefficienze



e sprechi, le eventuali risorse aggiuntive andrebbero ad alimentare servizi e prestazioni inutili, determinando ulteriori sprechi.

Continuare a lamentare un inadeguato finanziamento del Ssn, oltre a fornire un alibi per smantellarlo liberando lo Stato di una parte consistente della spesa pubblica, non può che spianare la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati.

Il modello di politica sanitaria che ha generato 21 sistemi regionali deve essere ripensato? A fronte di un diritto costituzionale che garantisce «universalità ed equità di accesso a tutte le persone» e alla legge 833/1978 che conferma la «globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini», le disuguaglianze regionali hanno raggiunto oggi livelli inaccettabili, in termini di offerta di servizi, di appropriatezza dei processi e di esiti assistenziali. Lo dimostrano evidenze a livello macro (adempimento del «mantenimento dell'erogazione dei Lea»), meso (dati inquietanti del Programma nazionale Esiti) e micro (Rapporto nazionale sull'uso dei farmaci in Italia). Pertanto, se la politica confermerà di voler tutelare l'autonomia delle Regioni e la Sanità non tornerà a

essere materia di competenza dello Stato, le capacità di indirizzo e verifica del ministero della Salute sui 21 sistemi sanitari regionali dovranno essere necessariamente ampliate e dotate di strumenti adeguati, in particolare la definizione di standard e set di indicatori di performance unitari per tutto il territorio nazionale.

La modalità di organizzazione e gestione delle Aziende sanitarie è adeguata? Accanto alle disuguaglianze regionali, la pianificazione, organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria incontra numerosi ostacoli, in parte legati all'eterogeneità delle varie tipologie di Aziende sanitarie, in parte a una gestione dell'aziendalizzazione poco compatibile con il "prodotto salute". Innanzitutto, l'approccio al management è guidato dalla produttività (output-driven) e non dai risultati di salute ottenuti (outcome-driven), per cui la valutazione e il finanziamento delle Aziende sanitarie sono basati quasi esclusivamente sul binomio produttività/consumi; inoltre, le differenti modalità di finanziamento tra Aziende sanitarie che erogano gli stessi servizi generano interessi in competizione; infine, esistono resistenze e difficoltà

che impediscono l'attuazione del modello dipartimentale, sia ad avviare modalità sovra-aziendali di organizzazione dell'assistenza.

I professionisti sanitari possono contribuire alla sostenibilità del Ssn? Secondo principi di giustizia distributiva l'etica del ragionamento appartiene alla politica, ma quella della riduzione degli sprechi è indissolubilmente legata alla professionalità dei medici, con le loro prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Di conseguenza, è indispensabile identificare gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low-value, che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse (oltre il 35% degli sprechi consegue al sovra- e al sotto-utilizzo di interventi diagnostico-terapeutici).

Quali sono le responsabilità di cittadini e pazienti? Il Ssn è a disposizione delle persone che di volta in volta assumono ruoli differenti: sono pazienti, quando presi in carico dal servizio per problemi assistenziali, sono utenti quando si rivolgono per informazioni, transazioni, certificazioni, sono cittadini quando contribuiscono, con le loro indicazioni e il loro voto, alle scelte sanitarie. Oggi, purtroppo, la progressiva involuzione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie fa il gioco della politica, perché la customer satisfaction rappresenta un insostituibile strumento di consenso elettorale. Sono pochi i cittadini contribuenti 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 condizioni di crisi economica, tutte le attività produttive possono essere sostenute da due strategie: investire meno risorse (tagli), oppure ottenere migliori risultati dalle risorse investite, identificando ed eliminando gli sprechi. Considerato che la politica al momento è stata in grado di effettuare solo tagli lineari, la vera sfida è che tutte le categorie di stakeholders contribuiscano a identificare i principali sprechi che aumentano i costi dell'assistenza, senza produrre alcun beneficio per cittadini e pazienti: sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici, frodi e abusi, tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi, sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza.

Ovviamente, la prognosi di un Ssn oggi "lungodegente in terapia intensiva", potrà essere sciolta solo se tutte le categorie di stakeholders, accantonando definitivamente i propri interessi, saranno capaci di riallinearsi sull'obiettivo primario del nostro insostituibile Ssn: «promuovere, mantenere e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione».

Nino Cartabellotta  
Presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## PREMIO EVIDENCE

La Fondazione Gimbe ha istituito il Premio Evidence che ogni anno, in occasione della Conferenza nazionale, sarà assegnato a una personalità del mondo sanitario che nel corso della sua carriera professionale si è distinta per la pubblicazione di rilevanti evidenze scientifiche, cliniche o metodologiche, la continua integrazione delle migliori evidenze nelle decisioni professionali, manageriali o di politica sanitaria, l'insegnamento dell'Evidence-based medicine (Ebm) a livello universitario, specialistico, di formazione continua. La prima edizione è stata assegnata al Prof. Luigi Pagliaro - Professore emerito di Medicina interna, Università degli Studi di Palermo - per aver pubblicato rilevanti evidenze scientifiche in gastroenterologia e, in particolare, sulle malattie croniche di fegato; contributo a integrare le migliori evidenze scientifiche nelle note Cuf, poi Aifa; diffuso la cultura dell'Ebm con numerose pubblicazioni metodologiche; praticato e insegnato l'Ebm, ancor prima del suo "battesimo ufficiale".

## GIMBE FOR YOUNG

Nell'ambito del progetto Gimbe for Young, la Fondazione Gimbe ha bandito una selezione per l'erogazione di 30 borse di studio - ciascuna del valore di euro 800,00 - destinate a studenti, neolaureati e specializzandi in Medicina e chirurgia e Professioni sanitarie.

Le borse di studio saranno destinate alla partecipazione al corso di formazione "Evidence-based practice", che permette di acquisire l'Ebp core curriculum, certificato dall'Eu-Ebm Unity Project.

La scadenza del bando è fissata al 13 settembre 2013.

Ulteriori informazioni a: [www.gimbe-for-young.it](http://www.gimbe-for-young.it)

## EBHC INTERNATIONAL CONFERENCE 2013

Ritorna la International Conference for Ebhc Teachers and Developers, giunta alla sua 6ª edizione, "sotto il segno" delle stesse parole chiave della Conferenza nazionale Gimbe: Evidence, Governance, Performance. Al joint meeting con la 2ª edizione della Conference of International Society for Ebhc interverranno oltre 150 partecipanti di tutte le professioni e discipline sanitarie, provenienti da organizzazioni dei cinque continenti. Ricercatori, clinici, decision-makers, funzionari amministrativi, studenti, rappresentanti della maggiori società scientifiche si ritroveranno per discutere e condividere esperienze di eccellenza di implementazione e insegnamento dell'Ebhc.

Appuntamento a Taormina dal 31 ottobre al 2 novembre 2013.

Ulteriori informazioni a: [www.ebhc.org](http://www.ebhc.org)

FOCUS SUGLI OBIETTIVI PER RIALLINEARE LE DIVERGENZE

# Manuale di sopravvivenza per un sistema più equo

Da maggio consultazione su web - Libro bianco nel 2014

**A** un anno dalla presentazione, dopo consultazioni, studi e analisi, la Fondazione Gimbe ha lanciato la fase operativa del progetto Salviamo il nostro Ssn che, in un momento di grande incertezza politica ed economica, ha l'obiettivo di contribuire alla sostenibilità della Sanità pubblica.

Il progetto nasce dalla consapevolezza che, nonostante i tagli, un Ssn equo e sostenibile può essere garantito solo se gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi stakeholders vengono riallineati, rimettendo al centro la «promozione, il mantenimento e il recupero della salute della popolazione».

I principi guida (box) configurano la vision della Fondazione Gimbe sulla Sanità pubblica e sono stati definiti tenendo conto della legislazione sanitaria vigente, del contesto politico, economico e sociale e di evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali.

Per favorire l'attuazione dei principi guida, la Fondazione Gimbe propone dieci linee di azione (box) coerenti con la mission istituzionale, il know-how e la reale fattibilità. Quindi, per ciascuna delle dodici categorie di stakeholders identificate (box) sarà predisposto un elenco preliminare di criticità e proposte: tali elenchi saranno resi progressivamente disponibili nel corso del 2013.

Dal 2 maggio infatti, grazie a una piattaforma web dedicata, si aprirà la consultazione pubblica e tutti gli stakeholders potranno offrire il proprio contributo attraverso commenti, modifiche, integrazioni e assegnazione di score. Il progetto si concluderà con la pubblicazione di un Libro Bianco, che sarà presentato il 14 marzo 2014 in occasione della 9ª Conferenza nazionale Gimbe.

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



## Principi guida

### A. Il diritto costituzionale alla Salute

- L'articolo 32 della Costituzione garantisce a tutti i cittadini il diritto alla salute e non alla Sanità, oggi identificata con l'accesso illimitato e indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie.
- 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.
- Il Ssn deve preservare i cittadini da tutte le disuguaglianze, in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza dei processi e di esiti di salute.

### B. La sostenibilità del Ssn

- Nel rispetto dell'uguaglianza dei cittadini il modello di Ssn pubblico e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile, che deve prescindere dall'acquisizione di risorse aggiuntive dai privati.
- Nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile perché una percentuale consistente della spesa sanitaria è attualmente sprecata in maniera intollerabile.
- Per garantire il diritto costituzionale alla salute, un Ssn sostenibile:
  - deve erogare un'assistenza sicura, efficace, appropriata, efficiente, equa, coinvolgendo attivamente cittadini e pazienti;
  - deve rimborsare con il denaro pubblico solo interventi sanitari efficaci, appropriati e ad high value.

- 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.

### C. Politica e Sanità

- La salute dei cittadini deve orientare tutte le politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali (health in all policies).
- La politica non può essere ostaggio dell'industria, solo perché un'elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione o l'introduzione di specifiche misure può ridurre posti di lavoro.
- Il ruolo della politica partitica (politics) deve essere nettamente separato da quello delle politiche sanitarie (policies):
  - la politica partitica deve limitarsi a definire gli indirizzi strategici, assegnare le risorse e garantire meccanismi meritocratici e trasparenti per nominare i manager delle aziende sanitarie;
  - alle politiche sanitarie spetta la pianificazione, l'organizzazione e la valutazione dei servizi sanitari, per garantire qualità e sostenibilità dell'assistenza rispettando il vincolo delle risorse programmate.
- L'unità di misura delle politiche sanitarie deve essere il value, ovvero il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata.

### D. Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

- La programmazione sanitaria deve:
  - essere guidata da epidemiologia delle malattie/condizioni, efficacia e costo-efficacia degli interventi sanitari e servizi esistenti (healthcare needs assessment);
  - prevedere modelli organizzativi sovra-aziendali che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali.
- 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.
- Tutte le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendicontare pubblicamente (accountability) sicurezza, appropriatezza, costi ed esiti dell'assistenza, utilizzando set di indicatori di performance definiti a livello nazionale.
- Il management delle aziende sanitarie deve gradualmente integrare il modello basato sulla produzione (output-driven) con quello basato sui risultati (outcome-driven).
- I sistemi incentivanti devono essere orientati a promuovere il miglioramento continuo, a identificare e ridurre gli sprechi e a premiare l'erogazione di un'assistenza sanitaria ad high value.

### E. Professionisti sanitari

- Tutte le categorie professionali devono contribuire a identificare gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low value.
- 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 competenze e le responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, evidence-based, multiprofessionali e basati sulla centralità del paziente.
- La pratica della medicina difensiva deve essere contrastata con azioni a tutti i livelli.

### F. Cittadini e pazienti

- Paziente e medico devono convivere in una mutua relazione terapeutica, sociale ed economica, senza rivendicare nessuna posizione di centralità.
- Una assistenza patient-centered deve prendere in considerazione aspettative, preferenze, bisogni e valori del paziente e promuoverne il coinvolgimento e l'empowerment insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un team clinico-assistenziale unico.
- La soddisfazione del cittadino-paziente non rappresenta un indicatore affidabile della qualità dell'assistenza erogata.

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

### G. Formazione

- I curricula formativi di tutti i professionisti sanitari non possono prescindere da conoscenze e competenze che li rendano in grado di erogare un'assistenza sanitaria «centrata sul paziente, basata sulle evidenze, consapevole dei costi e ad high value».
- Il fine ultimo della formazione continua dei professionisti sanitari consiste nella modifica dei comportamenti professionali, non nell'acquisizione di conoscenze e skills.
- Le organizzazioni sanitarie devono riconoscersi come learning organization, identificando nella formazione continua e nel miglioramento della competenza professionale gli ingredienti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza.

### H. Ricerca

- Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica e sociale.
- Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute delle popolazioni.
- La definizione dell'agenda della ricerca deve:
  - essere indirizzata dalle aree grigie, previa revisione sistematica della letteratura;
  - essere condivisa tra tutti gli stakeholders: ricercatori, partecipanti, istituzioni di ricerca e di politica sanitaria, industria;
  - prevedere il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti, per definire quali interventi sanitari valutare e quali outcome misurare.



## Linee di azione

1	Integrare le migliori evidenze scientifiche in tutte le decisioni che riguardano la salute dei cittadini: professionali, manageriali e politiche	6	Sviluppare strategie per valorizzare il capitale umano delle organizzazioni sanitarie
2	Migliorare le performance dell'assistenza sanitaria (sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, efficienza), rispettando il vincolo delle risorse programmate	7	Informare i cittadini sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari e coinvolgerli attivamente nell'organizzazione e valutazione dei servizi
3	Riorganizzare l'offerta di strutture, servizi e prestazioni sanitarie secondo il modello dell'healthcare needs assessment	8	Migliorare la qualità metodologica, l'etica, l'integrità, la rilevanza clinica e il valore sociale della ricerca
4	Identificare gli sprechi per guidare i disinvestimenti e ottenere migliori risultati di salute dalle risorse investite	9	Favorire la dichiarazione esplicita dei conflitti di interesse da parte dei professionisti sanitari coinvolti in attività di formazione e di ricerca
5	Introdurre l'uso di tecnologie informatiche avanzate per supportare i processi assistenziali e ridurre le complessità amministrative	10	Favorire l'introduzione di misure estremamente severe per contrastare truffe e frodi a carico del Ssn

## Stakeholders

<p><b>Primari:</b> Costituiscono l'asse delle decisioni politiche, manageriali, professionali che <b>influenzano direttamente</b> programmazione, organizzazione, erogazione e fruizione dell'assistenza sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato</li> <li>• Regioni e Province autonome</li> <li>• Aziende sanitarie</li> <li>• Management</li> <li>• Professionisti</li> <li>• Cittadini</li> </ul>	<p><b>Secondari:</b> sono portatori di interessi specifici verso altri stakeholders e <b>influenzano indirettamente</b> programmazione, organizzazione, erogazione e fruizione dell'assistenza sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Università</li> <li>• Ordini professionali</li> <li>• Società scientifiche</li> <li>• Sindacati</li> <li>• Industria</li> <li>• Comitati etici</li> </ul>
---	---