



CONVENTION GIMBE/ Disinvestire dagli sprechi per garantire la sostenibilità del Ssn

È l'ora di nuove governance

Evitare gli eccessi di medicalizzazione e trasferire la ricerca alla pratica

La sostenibilità dei sistemi sanitari rappresenta oggi una sfida globale, ma al tempo stesso non può essere ricondotta a una questione squisitamente finanziaria, perché un' aumentata disponibilità di risorse non permette di risolvere cinque grandi sfide ampiamente documentate nei Paesi industrializzati:

- l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, non giustificata dalla eterogeneità clinica né dalle preferenze dei pazienti;
- gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione, in particolare la sovra-diagnosi e il sovra-trattamento;
- le disuguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'high value;
- l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione, specialmente quella non medicalizzata;
- gli sprechi, che si annidano a tutti i livelli.

Regia nazionale e un protocollo per linee guida efficaci e veloci

In condizioni di crisi economica, qualunque Paese può mettere in atto tre strategie per garantire la sostenibilità del proprio sistema sanitario (figura 1).

1. Ridurre il finanziamento pubblico, dedicando meno risorse alla sanità. In Italia questa strada continua a essere ampiamente battuta, visto che dal 2012 la politica ha scelto di disinvestire pesantemente dal Ssn sia per esigenze di finanza pubblica, sia per investire su altri settori. Infatti, dopo i 25 miliardi sottratti da

varie manovre finanziarie nel periodo 2012-2015, la sanità pubblica ha recentemente lasciato per strada altri 6,8 miliardi, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute, senza tenere in considerazione le raccomandazioni dell'Ocse che, nel rapporto sul Ssn del gennaio 2015, ribadiva la necessità di «garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza». Al contrario, il defianziamento della sanità pubblica in Italia si sta pericolosamente avvicinando a limiti che non solo minano la qualità dell'assistenza, ma compromettono anche la salute delle persone.

2. Identificare altri canali di finanziamento.

Anche se i ticket rappresentano uno strumento improprio per la politica e, oggi, poco sostenibile da una popolazione fortemente im-

mente, il modello di un Ssn pubblico, equo e universalistico in un sistema misto.

3. Ridurre gli sprechi e aumentare il value dell'assistenza, attraverso un rigoroso processo di disinvestimento e riallocazione delle risorse. Questa è la strategia lanciata con il Patto per la Salute prevedendo che «i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie». Tuttavia, a seguito del riaccendersi del conflitto istituzionale tra Stato e Regioni dopo il varo della Legge di Stabilità 2015, la maggior parte delle misure previste sono rimaste inattu-

Per guidare Regioni, Aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, quale strategia inimitabile per contribuire alla sostenibilità della sanità

Scommessa globale sulla «sostenibilità»

L'incantevole cornice di Taormina ha ospitato la settima edizione della International conference for Evidence-based health care teachers and developers, organizzata dalla Fondazione Gimbe. Oltre 100 professionisti provenienti da 25 Paesi di tutti i continenti si sono confrontati su un tema di estrema attualità: come incrementare il value e ridurre sprechi e inefficienze in sanità, integrando le migliori evidenze scientifiche in tutte le decisioni che riguardano la salute delle persone. Infatti, oltre 20 anni di ricerca sull'Evidence-based healthcare hanno dimostrato che l'inadeguato processo di produzione, sintesi, presentazione e trasferimento delle evidenze genera numerosi gap tra ricerca e assistenza sanitaria e, di conseguenza, sprechi dovuti

al sovra e sotto-utilizzo di farmaci, test diagnostici e altri interventi sanitari. La sessione introduttiva presieduta da Nino Cartabellotta - presidente della Fondazione Gimbe - e da Sir Muir Gray - direttore del programma Better value healthcare all'Università di Oxford - ha chiarito in maniera molto netta che la sostenibilità dei sistemi sanitari è una sfida globale, ma che al tempo stesso non può essere ricondotta a una questione squisitamente finanziaria, in quanto un' aumentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere diverse sfide.

Pertanto, se le migliori evidenze scientifiche devono sempre guidare tutte le decisioni che riguardano la salute delle persone, è indispensabile mettere in atto strategie evidence-based per ridurre gli sprechi ed aumentare il value dell'assistenza, legittimando il passaggio dall'Evidence-based medicine (Ebm) all'Evidence and Value based medicine (Evm).

Relatori di consolidata fama internazionale hanno illuminato la conferenza con le loro relazioni: Sir Muir Gray (University of Oxford, UK), ha enfatizzato la necessità di

pubblica, la Fondazione Gimbe nell'ambito della campagna «Salviamo il Nostro Ssn» ha adattato al contesto nazionale la tassonomia degli sprechi elaborata da Don Berwick (Jama 2012) e definito il potenziale impatto delle sei categorie integrando stime realistiche di diverse Istituzioni e organizzazioni (v. tabella in alto a destra).

Successivamente è stato sviluppato il framework per il disinvestimento, già oggetto di un protocollo di intesa siglato con l'Agencia: l'analisi dettagliata delle sei categorie (v. box a destra), dimostra che per attuare un disinvestimento efficace è indispensabile un approccio di sistema che, partendo da una regia nazionale, attraverso le autonomie regionali di programmazione sanitaria, deve estendersi a cascata all'organizzazione e erogazione di servizi e prestazioni a livello delle aziende sanitarie, tenute a coinvolgere attiva-

mente professionisti sanitari e cittadini, in particolare per le categorie di sprechi fortemente connessi con l'eccesso di medicalizzazione e l'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica (sovra e sotto-utilizzo di interventi sanitari).

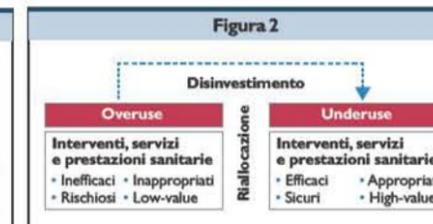
Se è vero che i tagli lineari alla sanità rischiano di erodere il diritto costituzionale alla tutela della salute, la consapevolezza che le risorse non sono infinite deve indurre a limitare gli sprechi, eliminando interventi sanitari inefficaci e inappropriati per garantire la qualità dell'assistenza e contribuire alla sostenibilità del Ssn.

In questo processo, è indispensabile diffondere l'approccio less is more che oggi appare come l'unica strada per raggiungere il triplice obiettivo che tutti i sistemi sanitari dovrebbero perseguire: migliorare l'esperienza di cura del paziente, migliorare lo stato di salute delle popolazioni e

ridurre il costo pro-capite per la spesa sanitaria. Infatti, se l'etica del ragionamento appartiene alla politica, l'etica della riduzione degli sprechi è legata soprattutto alla professionalità dei medici, con le loro prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Di conseguenza, guidati da alla sanità rischiano di erodere il diritto costituzionale alla tutela della salute, la consapevolezza che le risorse non sono infinite deve indurre a limitare gli sprechi, eliminando interventi sanitari inefficaci e inappropriati per garantire la qualità dell'assistenza e contribuire alla sostenibilità del Ssn.

Senza dimenticare che quando le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico ha sempre il dovere etico di rifiutare per contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale more is better - che ha trasformato il cittadino/pa-



utilizzare il value, inteso come il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata, sia per guidare il processo di budgeting in sanità, sia per identificare servizi e prestazioni low value da cui disinvestire e high value su cui riallocare.

Trisha Greenhalgh (University of Oxford, UK), ha analizzato le criticità dell'Ebm ed enfatizzato che per un suo «rinascimento» occorre ripartire dalle preferenze e aspettative del paziente, integrando epidemiologia clinica e statistica con altre discipline, al fine di contribuire davvero alla salute e al benessere delle persone.

Paul Glasziou (Bond University, Australia), ha illustrato il fenomeno della sovra-diagnosi, definendola come l'epidemia emergente del XXI secolo in vari ambiti, tra cui quello oncologico dove l'evoluzione delle tecnologie diagnostiche ha incrementato la prevalenza di alcune neoplasie senza determinare una corrispondente riduzione della mortalità.

Rod Jackson (University of Auckland, Nuova Zelanda), ha evidenziato il sotto-utilizzo delle strategie di prevenzione del rischio cardiovascolare globale, sottolineando

che bisogna trattare il rischio assoluto e non i singoli fattori di rischio, quali ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, paradossalmente soggetti a overtreatment.

Per Vandvik (University of Oslo, Norvegia), ha presentato l'innovativo Magic, una piattaforma tecnologica per facilitare la creazione, disseminazione e implementazione delle migliori evidenze nella pratica clinica.

Brian Alper (Ebsco), ha riportato un clamoroso esempio di overtreatment conseguente a distorta sintesi delle evidenze: infatti, le linee guida raccomandano l'uso della trombolisi anche oltre le 3 ore dall'insorgenza dello stroke, nonostante l'efficacia sia incerta e i rischi ben definiti.

Infine, Nino Cartabellotta (Fondazione Gimbe) ha presentato la mappa degli sprechi nel Ssn e il framework Gimbe per guidare il disinvestimento in sanità, permettendo la riallocazione delle risorse in servizi essenziali e innovativi, secondo il principio che le risorse risparmiate in sanità devono restare nel Ssn.

Il report integrale della conferenza è disponibile a: www.ebhc.org

ziente in consumatore - in less is more, vessillo di una medicina parsimoniosa.

Oggi, infatti, una prescrizione appropriata in «scienza e coscienza» non può tenere conto solo della esclusiva individualità del singolo paziente (individualized medicine), ma anche delle inaccettabili variabilità della prescrizione (population medicine) perché il medico, in quanto gestore di risorse pubbliche, è responsabile della sostenibilità del Ssn. Di conseguenza, il termine «medicina personalizzata» non può essere utilizzato per legittimare la libertà professionale incondizionata del medico, ma definisce la sua capacità di presentare al paziente in maniera equilibrata rischi e benefici di test diagnostici e trattamenti al fine di favorire una decisione condivisa.

Infatti, considerato che il primam movens dell'inappropriatezza professionale è l'asimmetria informativa tra le evidenze scientifiche disponibili e le conoscenze integrate dai medici nelle proprie decisioni e dai cittadini-pazienti nelle scelte che riguardano la propria salute, solo il medico può fornire al paziente informazioni bilanciate su rischi e benefici degli interventi sanitari, permettendogli di sviluppare aspettative realistiche e prendere decisioni realmente informate, diminuendo il ricorso alla medicina difensiva e riducendo le prestazioni inappropriate.

Ecco perché, indipendentemente dalla sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di Pil destinata alla sanità, la sostenibilità di un sistema sanitario non può prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze, il loro utilizzo da parte dei professionisti e la governance dell'intero processo di knowledge translation (Kt), definito dal Canadian Institute of Health research come

un «processo dinamico e continuo che comprende la sintesi, la disseminazione, lo scambio e l'applicazione etica delle conoscenze al fine di migliorare la salute, fornire servizi, prestazioni e interventi sanitari più efficaci e appropriati, contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario».

Un modello efficace di Kt deve prevedere innanzitutto un adeguato processo di generazione, sintesi e «distillazione» delle evidenze sino a ottenere per professionisti sanitari, decisori e pazienti prodotti fruibili e utili quali linee guida, health-technology assessment reports, strumenti decisionali per i pazienti (patient decision aids). Successivamente, ciascuna organizzazione sanitaria deve attivare il «ciclo delle azioni» attraverso la definizione delle priorità, l'identificazione e l'adattamento locale delle evidenze, l'identificazione di barriere e fattori facilitanti, la pianifica-

zione di una strategia di implementazione multifatoriale, la valutazione di impatto su processi ed esiti, la definizione delle strategie per sostenere l'utilizzo delle evidenze.

In altri termini, piuttosto che affidarsi, con ragionevole insuccesso, alle capacità di aggiornamento continuo dei singoli professionisti, l'intero processo di Kt richiede da parte delle organizzazioni sanitarie l'utilizzo sinergico dei vari strumenti di clinical governance secondo un approccio di sistema: linee guida e percorsi assistenziali, audit clinico e indicatori, gestione del rischio, valutazione delle tecnologie sanitarie, formazione e sviluppo professionale continuo, coinvolgimento dei pazienti, ricerca e sviluppo, staff management, etc.

pagine a cura di Nino Cartabellotta presidente Fondazione Gimbe

Stabilità 2016: il contributo delle Regioni

Secondo quanto previsto dall'articolo 34 della Legge di Stabilità 2016, «Le Regioni e le Province autonome [...] assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per l'anno 2017 e 5.480 per ciascuno degli anni 2018 e 2019, in ambiti di spesa e per importi proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza [...] da recepire con Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 gennaio di ciascun anno».

Considerato che:

- dopo il clamoroso harakiri delle Regioni che, incapaci di formulare una proposta concreta per recuperare 4 miliardi, hanno rinunciato all'incremento del fondo sanitario di oltre 2 miliardi previsto dal Patto per la Salute, dando il via libera alla manovra d'estate che ha eroso al Ssn 2,352 miliardi per il 2015 e il 2016;
- le Regioni, rispetto alla bozza della Legge di Stabilità, per l'anno 2016 sono state «graziate» dal contributo alla finanza pubblica;
- i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto per la Salute rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie;

- il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali da parte dei direttori generali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn e comporta la loro automatica decadenza in caso di inadempimento;
- le performance delle Aziende sanitarie, in termini di erogazione dei Lea e di equilibrio finanziario, contribuiscono al risultato complessivo della propria Regione

oggi più che mai è indifferibile per le Regioni e le Province autonome avviare e mantenere nel proprio servizio sanitario un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), responsabilizzando e coinvolgendo attivamente le Aziende sanitarie e queste, a cascata, i professionisti sanitari e cittadini.

In alternativa difficilmente i tagli per la sanità non saranno lineari, perché sarà lo Stato a decidere dove tagliare come ribadisce lo stesso articolo 34 della Legge di Stabilità 2016: «In assenza di tale Intesa entro i predetti termini [...] i richiamati importi sono assegnati ad ambiti di spesa e attribuiti alle singole Regioni e Province autonome».

Sir Muir Gray: sotto il segno del value

Dopo i principi che hanno contrassegnato i riferimenti culturali e programmatici sanitari degli scorsi decenni (efficacia negli anni '70-'80, Ebm e costo-efficacia negli anni '90, qualità e sicurezza negli anni 2000), Sir Muir Gray non ha dubbi nell'affermare che il XXI secolo si dispiegherà sotto il segno del value. Il value, che in sanità definisce il risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata, si articola in tre dimensioni:

- **allocativa**, determinata da come le risorse vengono distribuite tra differenti sottogruppi di popolazione, tra programmi, tra sistemi e all'interno dei sistemi.
- **tecnica**, determinata da quanto le risorse vengono utilizzate in maniera appropriata per soddisfare tutti i bisogni di salute.
- **personalizzata**, determinata da quanto le decisioni sono correlate a preferenze e aspettative della singola persona.

Considerato che gli sprechi includono tutto ciò che non genera value, ecco le dieci domande che un sistema sanitario dovrebbe porsi per capire quanto il value influenza realmente finanziamento, programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari.

1. Quanto denaro dovremmo spendere per l'assistenza sanitaria?

2. Quanto denaro dovrebbe essere allocato per ricerca, formazione, tecnologie informatiche e servizi non clinici?

3. Le risorse per la sanità sono state distribuite nelle diverse aree del Paese con un metodo correlato alla variabilità dei bisogni, massimizzando il value per l'intera popolazione?

4. Le risorse per l'assistenza sanitaria sono state distribuite tra differenti gruppi di pazienti (es. pazienti oncologici o psichiatrici) attraverso un processo decisionale equo che massimizzi il value per l'intera popolazione? Ovvero, nell'ambito del budget di un programma le risorse sono state allocate per ottimizzare il value?

5. I costi possono essere ulteriormente ridotti senza aumentare i rischi o ridurre l'efficacia?

6. Il rischio clinico è minimizzato?

7. La qualità dell'assistenza è massimizzata?

8. Le risorse sono state allocate in modo da essere utilizzate per interventi sanitari appropriati e dall'elevato value?

9. Tutti i pazienti ricevono appropriatamente interventi sanitari a elevato value?

10. Ciascun paziente sta ricevendo gli interventi sanitari che ne rispettano preferenze e aspettative?

Paul Glasziou lancia l'allarme: overdiagnosis epidemia del XXI secolo

L'overdiagnosis, definita come la diagnosi di una malattia che non sarà mai sintomatica, né causa di mortalità precoce, è un allarmante fenomeno alimentato da quattro determinanti sinergici. Le ha illustrate Paul Glasziou (Bond University, Australia).

Aumentata sensibilità dei test diagnostici. L'evoluzione tecnologica ha determinato un progressivo aumento della sensibilità analitica sia del test di laboratorio, in grado di rilevare concentrazioni sieriche sempre più basse, sia di quelli di imaging, capaci di identificare lesioni sempre più piccole. Questa evoluzione, se da un lato ha portato a valori prossimi al 100 per cento la sensibilità dei test diagnostici (capacità di identificare i veri malati), dall'altro ne ha enormemente diminuito la specificità (capacità di escludere i soggetti sani). Di conseguenza oggi vengono diagnosticati patologie sempre più lievi che vengono trattate con gli stessi approcci terapeutici delle forme moderate-severe, contribuendo a sovrastimare l'efficacia dei trattamenti.

Screening in soggetti asintomatici. Gli screening oncologici identificano numerose lesioni non evolutive che non diventano mai sintomatiche, né saranno causa di mortalità precoce (pseudo-diseases o incon-

sequential diseases). Infatti, contrariamente alla percezione sociale che i tumori sono sempre malattie gravi e fatali, alcune neoplasie regrediscono spontaneamente, non produrranno o crescono così lentamente che il paziente muore con il tumore e non per il tumore.

Overdiagnosis incidentale. La diffusione indiscriminata delle tecniche di imaging che esplorano addome, torace, pelvi, testa e collo permettono di identificare i cosiddetti «incidentali» in circa il 50% dei soggetti sottoposti ai test diagnostici per altre indicazioni. Considerato che solo un numero molto esiguo di pazienti trae beneficio dalla diagnosi incidentale di un tumore, la maggior parte di soggetti sperimenta ansia ed effetti collaterali conseguenti a ulteriori test diagnostici e terapie per una «anormalità» che non avrebbe mai causato alcun problema o per la quale una diagnosi precoce non migliora comunque l'esito. Come dimostrano vari studi, il rapido incremento nell'incidenza di alcune neoplasie maligne (melanoma, carcinoma prostatico, carcinoma papillare della tiroide) senza una corrispondente riduzione della mortalità tumorale-specifica rappresenta una suggestiva conseguenza dell'overdiagnosis.

La «tassonomia» degli sperperi: guida al benessere dei pazienti

Aree di disinvestimento nel Ssn			
Categoria	%	Mld*	(±20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15-9,23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10-6,15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28-4,92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08	(2,46-3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08	(2,46-3,69)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10	2,56	(2,05-3,08)

(*): 25,64 mld calcolati sottraendo la stima di Don Berwick (23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2014

1. Sovra-utilizzo. Consistenti evidenze scientifiche documentano l'overuse di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal low-value a tutti i livelli dell'assistenza e da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche: farmaci, test diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri. Tuttavia, il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, non può essere giustificato solo dalla medicina difensiva, alla quale si affiancano altre determinanti: l'ipotesi del ragionamento ipotetico-deduttivo e il prevalere della strategia diagnostica esaustiva, le perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione (e non sull'appropriatezza) delle prestazioni, la medicalizzazione della società che genera continui atti di fede per la tecnologia, le crescenti aspettative di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, il continuo turnover delle tecnologie che spesso immette sul mercato false innovazioni, decisioni e prescrizioni non sempre immuni da conflitti di interesse, le sentenze giudiziarie discutibili e gli avvocati senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso medico-legale.

2. Frodi e abusi. Negli anni si è radicata in Italia una vasta rete del malfare che sottrae preziose risorse alla sanità pubblica, particolarmente esposta a fenomeni opportunistici, perché caratterizzata da un inestricabile mix di complessità, incertezze, distorsione delle informazioni scientifiche, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. Tutti questi fattori rendono il sistema poco controllabile: di conseguenza, ingenti quantità di denaro sono esposte a condizionamenti impropri, che determinano varie tipologie di frodi, abusi e illeciti, sottraendo risorse preziose al Ssn. Da non dimenticare, infine, i conflitti di interesse che favoriscono la diffusione di interventi sanitari inefficaci e inappropriati e alimentano comportamenti opportunistici, che solo raramente sconfinano in frodi e abusi di rilevanza penale.

3. Acquisti a costi eccessivi. La limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'assenza di regole ben definite su scala nazionale fanno sì che i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.), oltre che di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, utenze telefoniche, etc.), stiano molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali e aziendali assolutamente ingiustificate. Le «relazioni pericolose» tra questa categoria di sprechi e la precedente sono ben documentate a tutti i livelli.

4. Sotto-utilizzo. L'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari determina l'underuse di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'high value. Il sotto-utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complianze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze dal lavoro. Il sotto-utilizzo include anche la lotta contro stili di vita e comportamenti individuali che danneggiano la salute e per i quali esistono opportunità di prevenzione.

5. Complessità amministrative. Il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del Ssn. Questa categoria di sprechi è generata da processi che aggiungono costi senza generare value, frutto di un mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione, ipertrofia del comparto amministrativo e mancata standardizzazione di tutti i processi non clinici con relative procedure.

6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza. Gli sprechi si verificano sia tra ospedale e cure primarie, con assistenza del paziente in setting a eccessivo consumo di risorse rispetto ai bisogni, sia tra i vari servizi dello stesso setting per mancata standardizzazione dei percorsi assistenziali. Gli sprechi sono particolarmente evidenti per i pazienti con malattie croniche, per i quali l'assistenza a livello di cure primarie richiede un'appropriate integrazione con interventi specialistici e ricoveri ospedalieri. Per superare la cultura ospedale-centrica e la sterile dicotomia ospedale-territorio è indispensabile una riprogrammazione sanitaria in grado di assicurare una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, riorganizzando i servizi con modelli sovra-aziendali in grado di condividere percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali, oltre a modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.