



11^a Conferenza Nazionale GIMBE

SSN: uno per tutti, tutti per uno

Bologna, 4 marzo 2016

DISINVESTIRE E RIALLOCARE

Il framework GIMBE per la sostenibilità del SSN

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE

Disclosure

- La Fondazione GIMBE, di cui sono Presidente, eroga attività di formazione e coaching sui temi trattati dalla mia relazione
- Nessun altro conflitto da dichiarare



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

Outline

- 1. Lo scenario economico**
- 2. Il framework GIMBE**
- 3. Tirando le somme...**

Outline

- 1. Lo scenario economico**
2. Il framework GIMBE
3. Tirando le somme...

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

Nel **periodo 2012-2015 tagli** al SSN per quasi **25 miliardi di euro**, per esigenze di finanza pubblica e tutti al di fuori dell'Accordo Stato-Regioni

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





CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
14/157/CU01/C2

PARERE SUL DISEGNO DI LEGGE RECANTE:

**DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE
DELLO STATO (LEGGE DI STABILITÀ 2015)**

Roma, 10 dicembre 2014

- 31,678 miliardi

Tagli in Milioni/€

	2012	2013	2014	2015
Patto Salute 2010 - 2012-legge 191/2009 risorse vacanza contrattuale	466	466	466	466
Legge 122/2010 - art.9 Riduzione livello SSN	1.132	1.132	1.132	1.132
Legge 122/2010 - art.11 farmaceutica	600	600	600	600
legge 111/2011 reintroduzione ticket	834	834	834	834
legge 111/2011 - Misure contenimento della spesa		2.500	5.450	5.450
legge 111/2011 - Accertamenti medico legali		70	70	70
DL 95/2012	900	1.800	2.000	2.100
tagli Legge di stabilità 2013 (L.228/2012)		600	1.000	1000
Sentenza Corte Costituzionale			- 2.000	-2000
legge 147/2013 - Blocco indennità personale sanitario				540
TOTALE TAGLI	3.932	8.002	9.552	10.192
escluso manovre a carico cittadini DL Salva Italia				



CORTE DEI CONTI

Sezioni riunite in sede di controllo

Audizione della Corte dei conti sul disegno di legge di stabilità per l'anno 2016

Commissioni bilancio riunite
del Senato della Repubblica e
della Camera dei Deputati

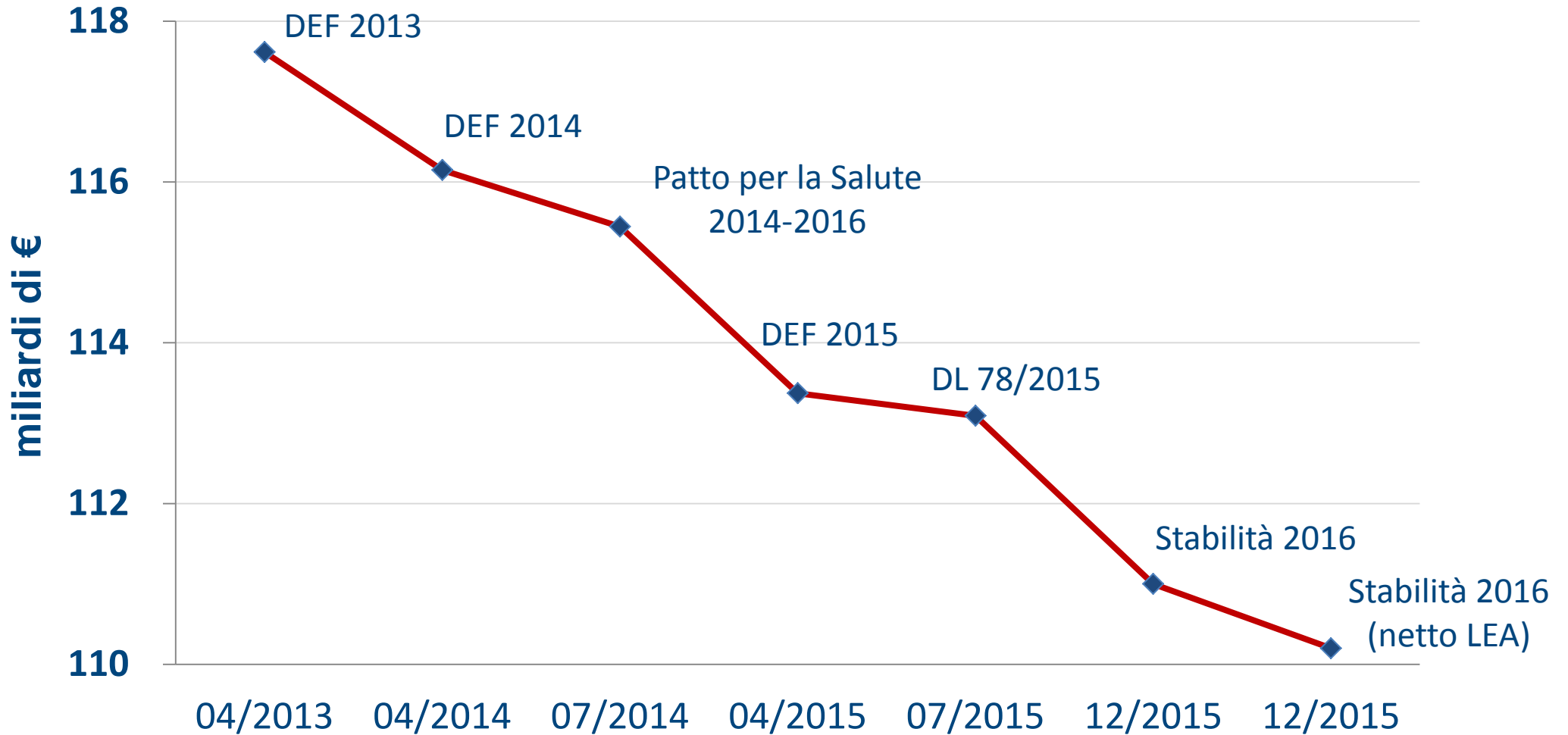
novembre 2015



La spesa sanitaria

	2014	2015	2016
Def aprile 2015 (B)	111.028	111.289	113.372
Def aprile 2014 (A)	111.474	113.703	116.149
Nota Def sett. 2013	113.029	115.424	117.616
Def aprile 2013	113.029	115.424	117.616
<i>fabbisogno sanitario nazionale standard</i>			
<i>Patto della salute 2014 (C)</i>	109.928	112.062	115.444
<i>dopo DL78/2015 (D)</i>		109.710	113.092
<i>dopo legge di stabilità(E)</i>			111.000
<i>dopo legge di stabilità (netta Lea)(F)</i>			110.200
<i>Disavanzo a luglio 2014(A-C)</i>	1.546	1.641	705
<i>Disavanzo a luglio 2015(B-D)</i>	1.100	1.579	280
<i>Disavanzo a settembre 2015(B-E)</i>			2.372
<i>Disavanzo a sett. 2015 netto Lea(B-F)</i>			3.172

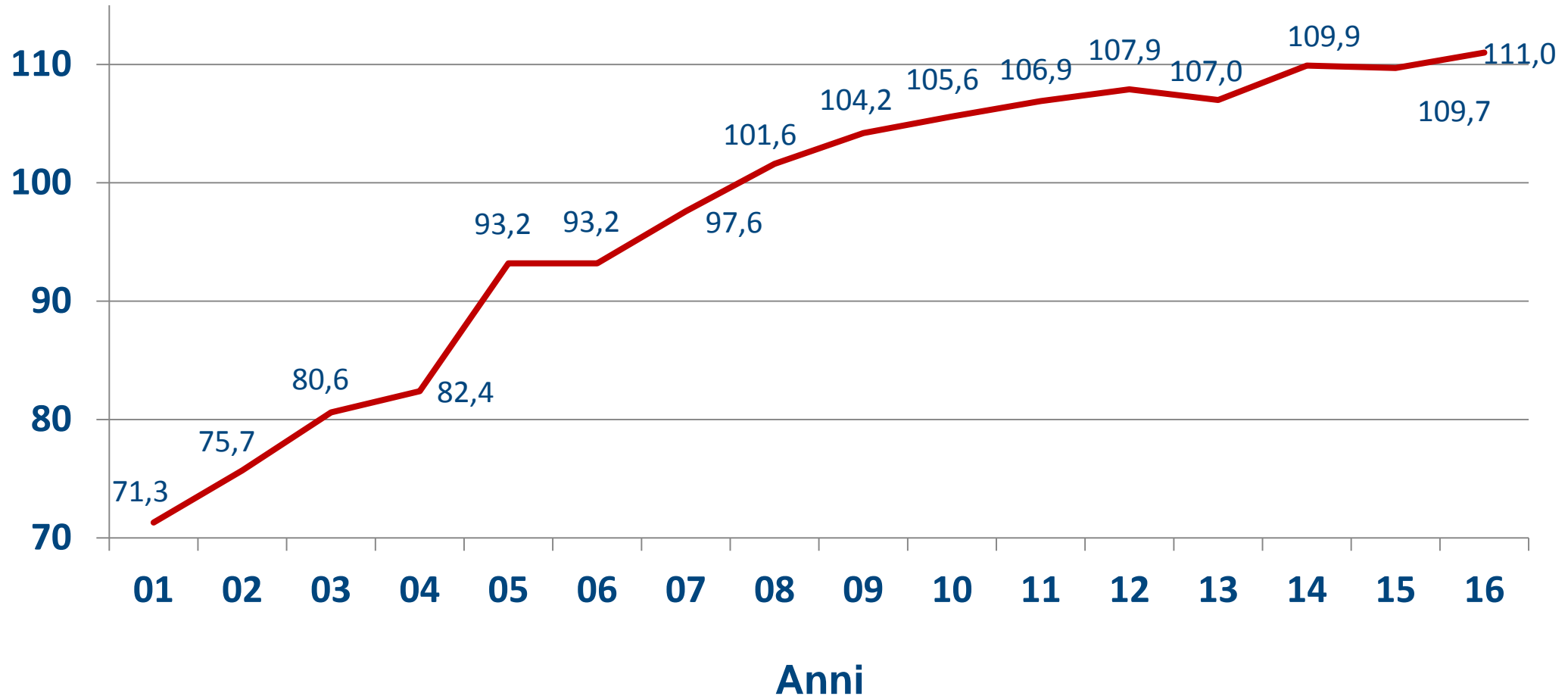
Finanziamento SSN: anno 2016



Dati Corte dei Conti, novembre 2015

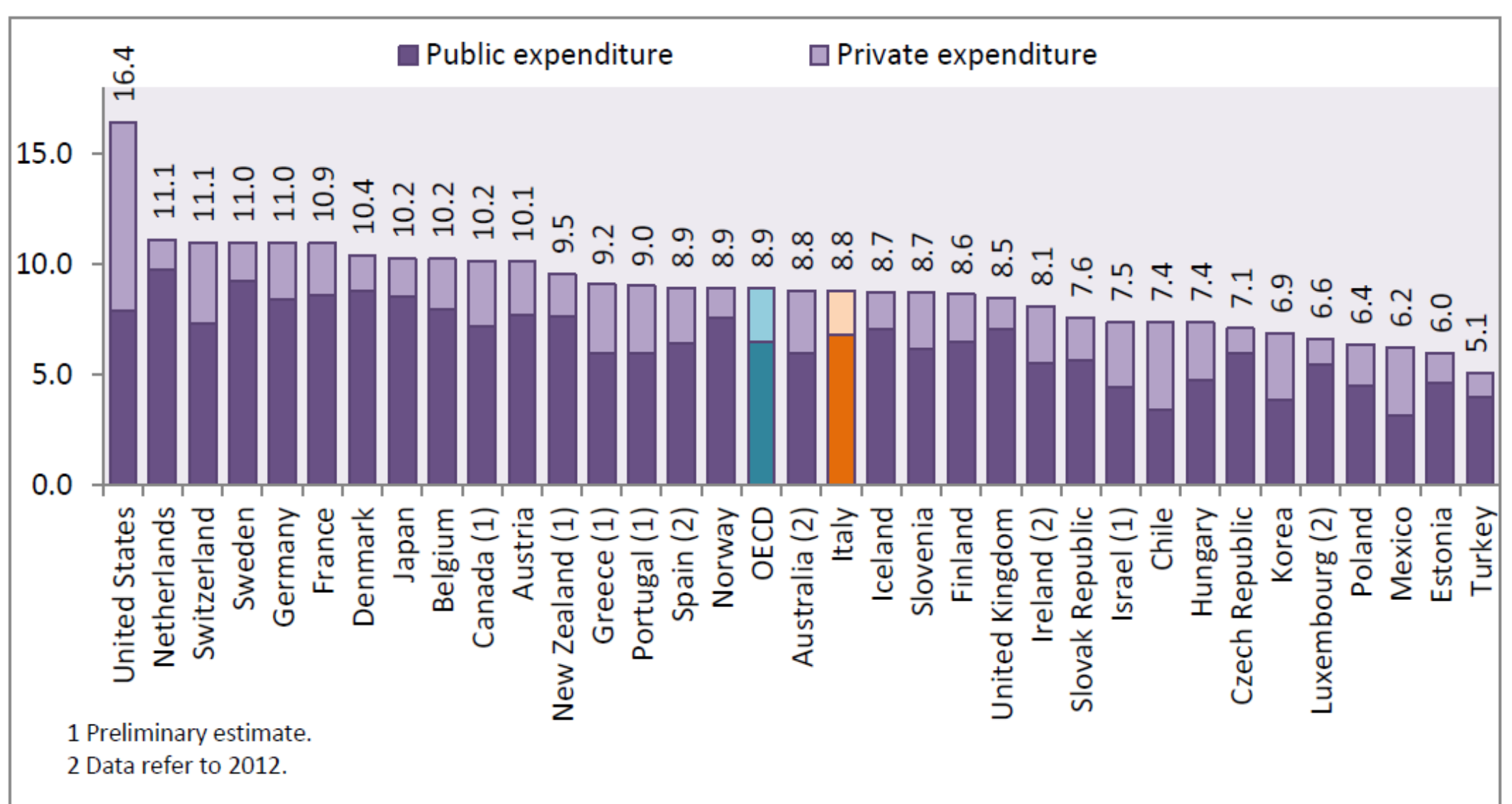
Finanziamento pubblico SSN (2001-2016)

Miliardi €



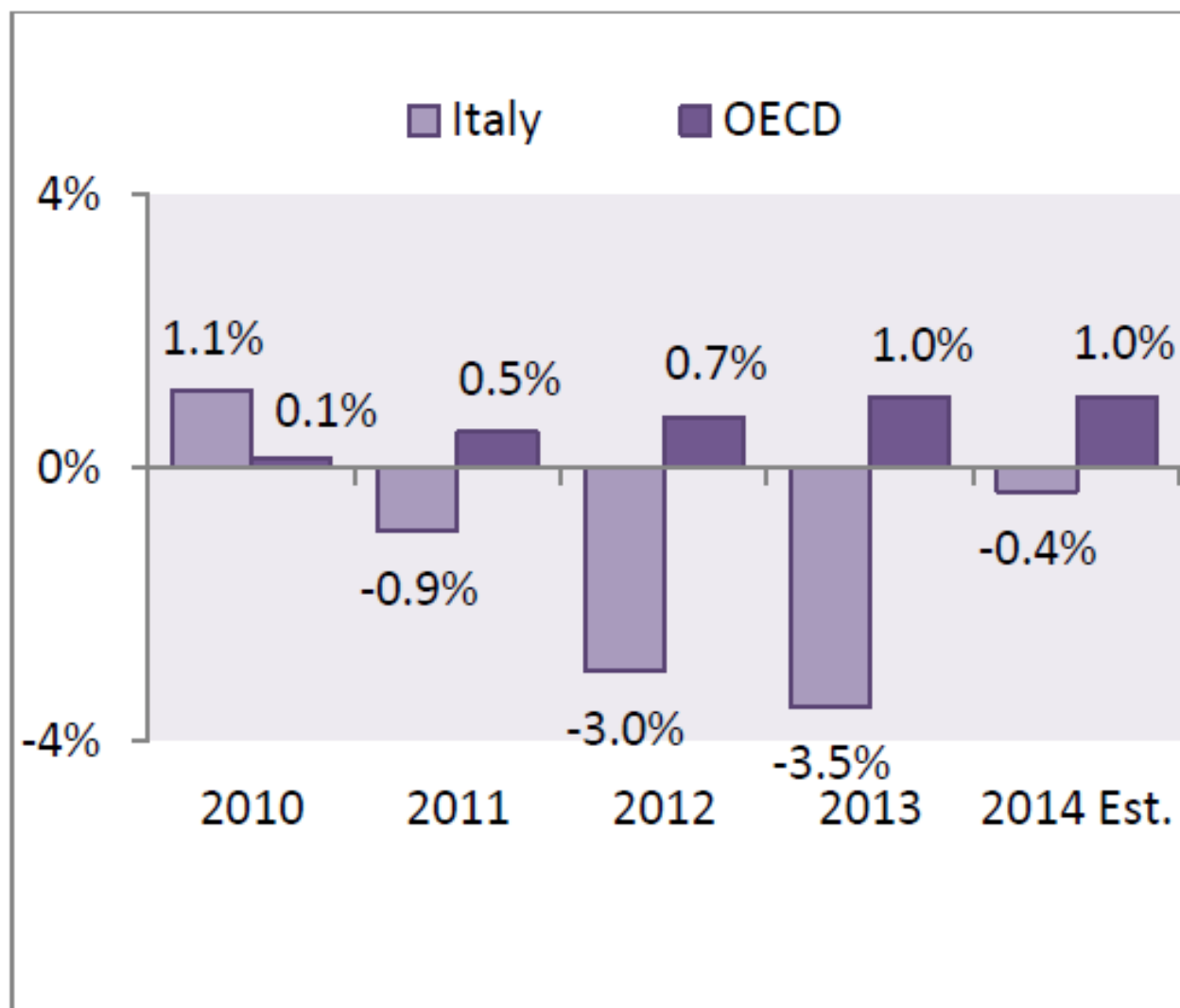
Due grandi sfide per il SSN

- Garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza
- Sostenere Regioni e Province Autonome con infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di pari qualità alle Regioni con migliori performance



Source: OECD Health Statistics 2015

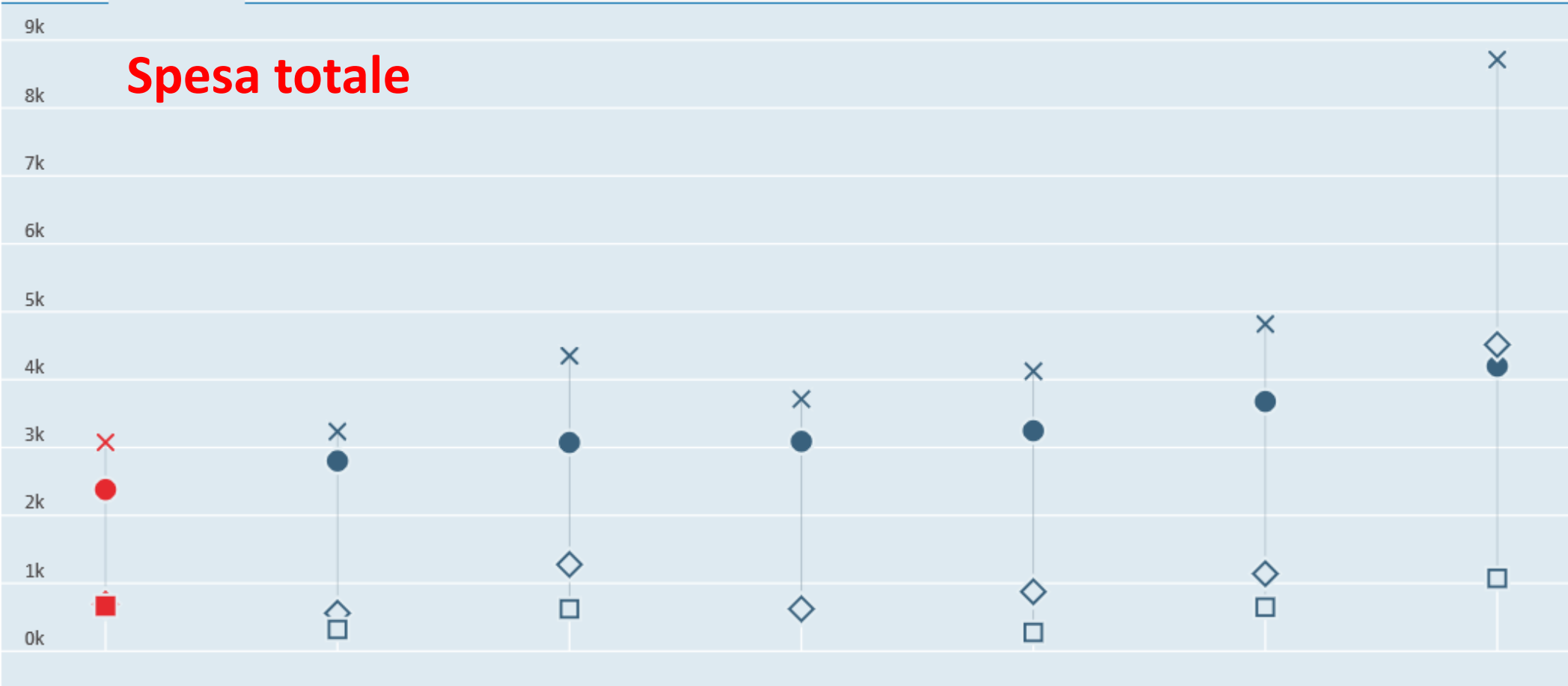
Figure 1. Annual health spending growth*, 2010-2014



* Per capita spending in real terms

Source: OECD Health Statistics 2015

Show: **Chart** Table [fullscreen](#) [share](#) [download](#) [add to pinboard](#)



Spesa totale

● Public ◇ Private × Total □ Out-of-pocket

Show:

Chart

Table

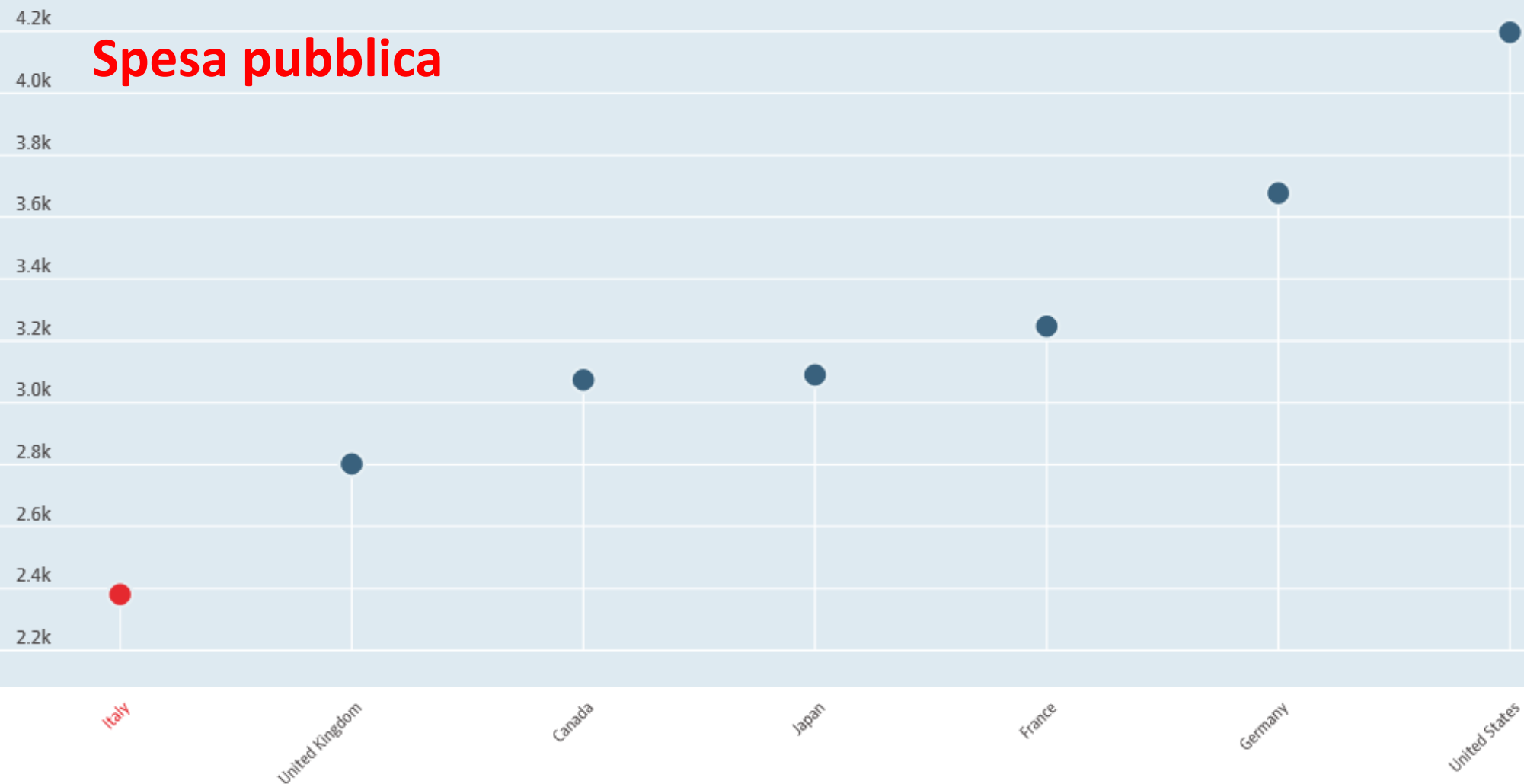
fullscreen

share

download

add to pinboard

Spesa pubblica



Public

Show:

Chart

Table

fullscreen

share

download

add to pinboard

5.0k

Spesa privata

4.5k

4.0k

3.5k

3.0k

2.5k

2.0k

1.5k

1.0k

0.5k

United Kingdom

Japan

Italy

France

Germany

Canada

United States

● Private

Show:

Chart

Table

fullscreen

share

download

add to pinboard

1.1k

1.0k

0.9k

0.8k

0.7k

0.6k

0.5k

0.4k

0.3k

0.2k

Spesa out-of-pocket

France

United Kingdom

Canada

Germany

Italy

United States

● Out-of-pocket

Slogan discutibili

SOLDI PER LA SANITÀ



DATI MEF

DUE ANNI DI **GOVERNO RENZI** IN NUMERI

#ventiquattro

Evidenze inconfutabili

- Dal 2012 il definanziamento della sanità pubblica è costante e continuo
- Rispetto alla spesa sanitaria, tra i paesi del G7 l'Italia è:
 - Ultima per spesa totale
 - Ultima per spesa pubblica
 - Seconda per spesa *out-of-pocket*, dopo USA



Outline

1. Lo scenario economico
- 2. Il framework GIMBE**
3. Tirando le somme...

Framework GIMBE

- Soluzioni per la sostenibilità
- Key words
- Tassonomia sprechi
- Strategie per disinvestimento



Crisi economica: quali soluzioni per la sostenibilità del SSN?



**Investire meno
denaro pubblico**

→ **Tagli lineari**

**Identificare
altri canali di
finanziamento**

→ **Ticket, aumento IRPEF**
→ **Intermediazione assicurativa**

**Ridurre gli sprechi,
aumentare il value**

→ **Disinvestimento e riallocazione**

The Association Between Health Care Quality and Cost

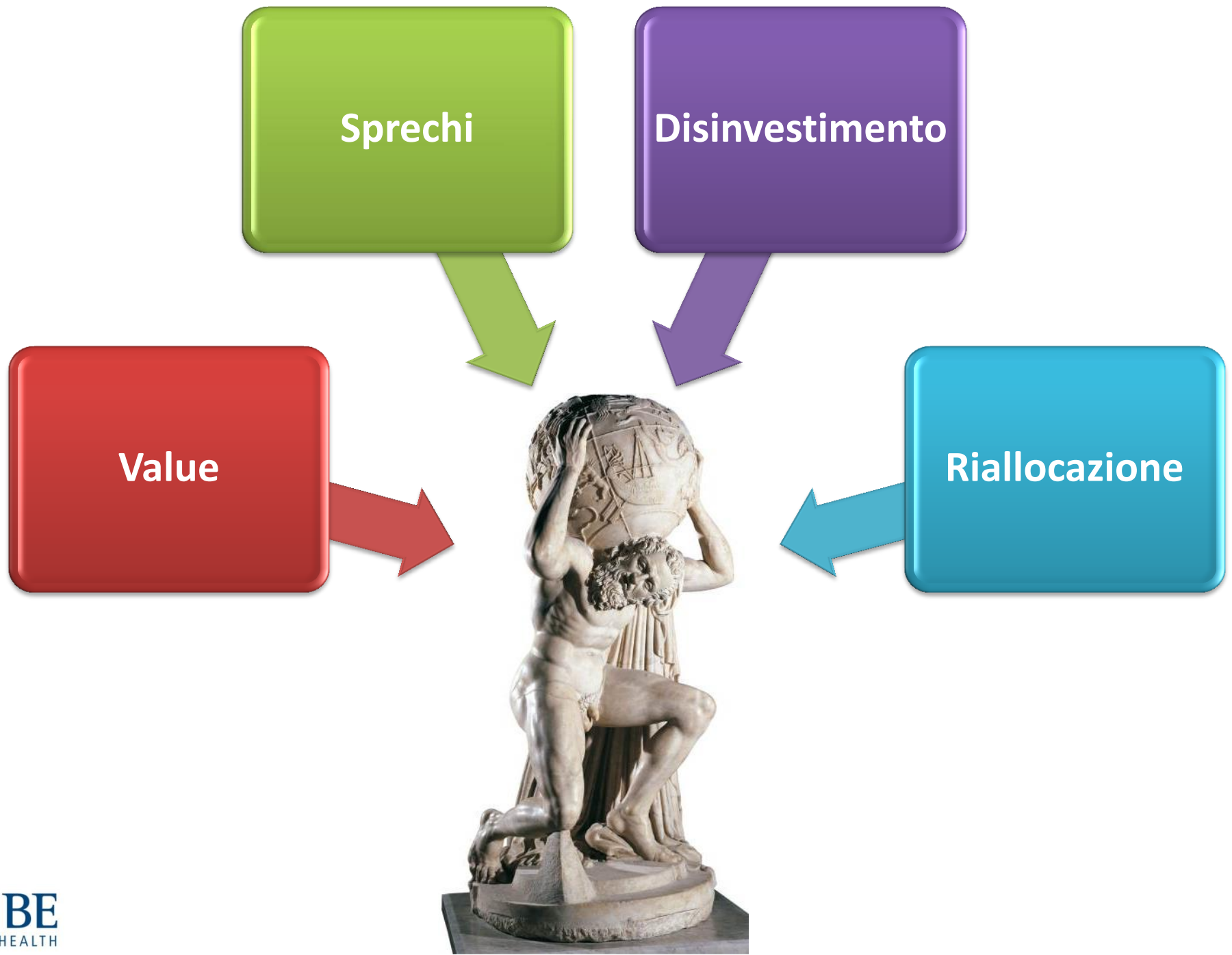
A Systematic Review

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.

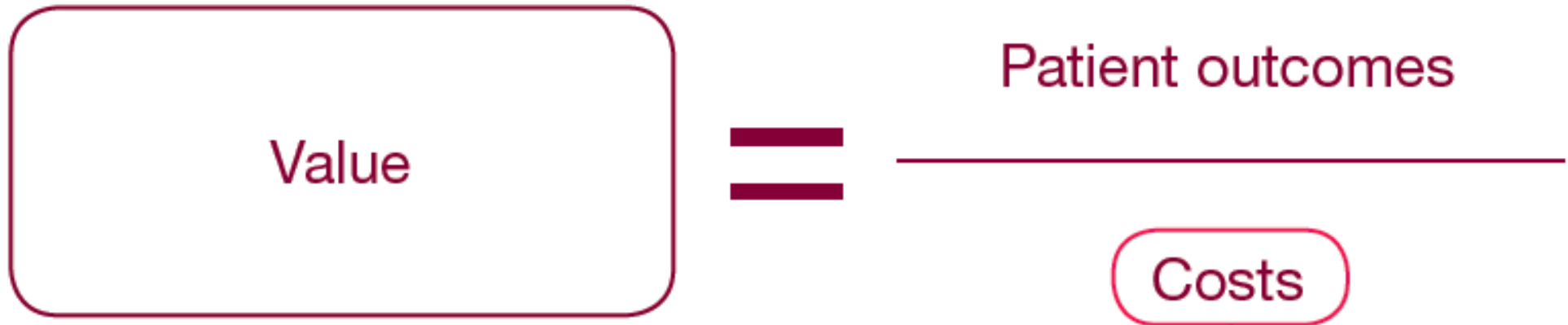




What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 363;26 NEJM.ORG DECEMBER 23, 2010





“gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare *value*”

Taiichi Ohno, Toyota



Fig. 1 Word cloud of frequency of terms used to label low-value care practices and policy processes, derived by entering the 43 terms identified by Nieven et al. [3] in nVivo software

Disinvestimento in sanità

Recupero (parziale o completo) di risorse in ambito sanitario da qualunque pratica, procedura, tecnologia o farmaco che rispetto al costo determina un guadagno di salute minimo o nullo, consumando risorse che possono essere riallocate

*Elshaug AG, et al.
Aust New Zealand Health Policy 2007*

AZIENDE & TERRITORIO

X CONFERENZA NAZIONALE GIMBE/ *Disinvestire e riallocare: le parole d'ordine per uscire dall'impasse*

La chiave per la sostenibilità del Ssn

Sono sei le aree in cui ridurre gli sprechi e mirare ad aumentare il “value” in sanità

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

Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	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 miliardi calcolati proiettando la stima di Don Berwick (23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2014

Aree di disinvestimento

Area	%
1. Sovra-utilizzo	30
2. Frodi e abusi	20
3. Acquisti a costi eccessivi	16
4. Sotto-utilizzo	12
5. Complessità amministrative	12
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10



Aree di disinvestimento

Area	%	
1. Sovra-utilizzo	30	↓ Inappropriatezza professionale
2. Frodi e abusi	20	
3. Acquisti a costi eccessivi	16	
4. Sotto-utilizzo	12	↑
5. Complessità amministrative	12	
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10	→ Inappropriatezza organizzativa



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

COMUNICATO STAMPA

AGENAS-GIMBE, Protocollo d'Intesa contro sprechi e inefficienze

13 luglio 2015

Agenas, Roma/Fondazione GIMBE, Bologna

- ...sviluppare un framework per **disinvestire da sprechi e inefficienze** e riallocare in servizi essenziali e innovazioni...
- ...il focus del disinvestimento è rappresentato dal **sovra-utilizzo** e dal **sotto-utilizzo** degli interventi sanitari e dall'**inadeguato coordinamento dell'assistenza**...



Disinvestimento

Overuse

Interventi sanitari
low value

- Inefficaci
- Rischiosi
- Inappropriati



Riallocazione



Underuse

Interventi sanitari
high value

- Efficaci
- Sicuri
- Appropriati

LESS IS MORE

- = + MEDICINE

- Overdiagnosis
- Overtreatment
- Too much medicine (BMJ)
- Less is More (JAMA Int Med)
- Minimally disruptive medicine
- Do No Harm Project
- Prudent Care
- Right Care Alliance
- Thinking Twice
- Choosing Wisely
- Slow Medicine



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Perspective
MAY 24, 2012

From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance

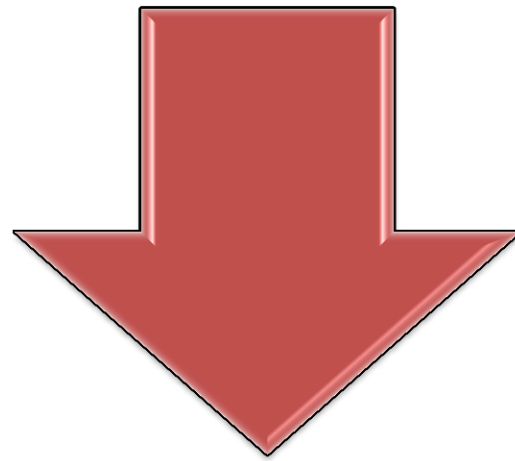
Howard Brody, M.D., Ph.D.

Protecting resources, promoting value: a doctor's guide to cutting waste in clinical care

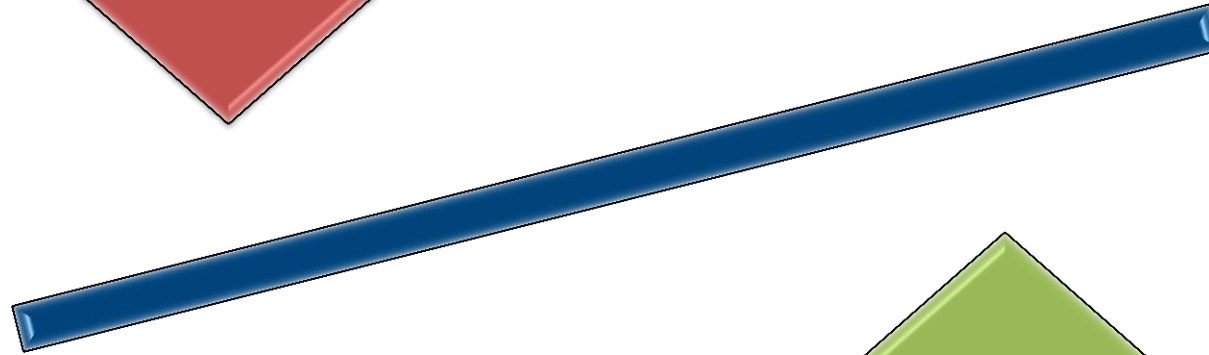
Better value in the NHS

The role of changes in
clinical practice

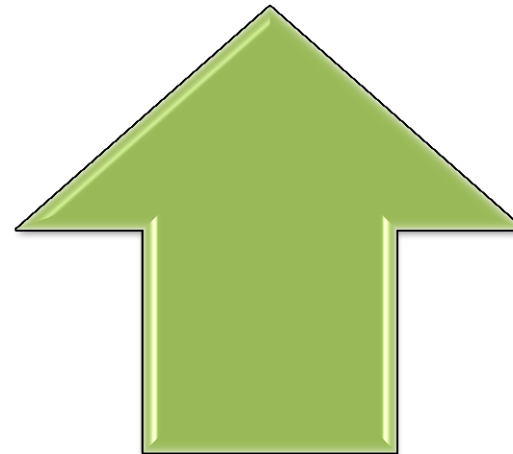




Underuse



Overuse



Too much medicine



The BMJ's [Too Much Medicine](#) campaign aims to highlight the threat to human health posed by overdiagnosis and the waste of resources on unnecessary care.

There is growing evidence that many people are overdiagnosed and overtreated for a wide range of conditions, such as prostate and thyroid cancers, asthma, and chronic kidney disease.

ANALYSIS

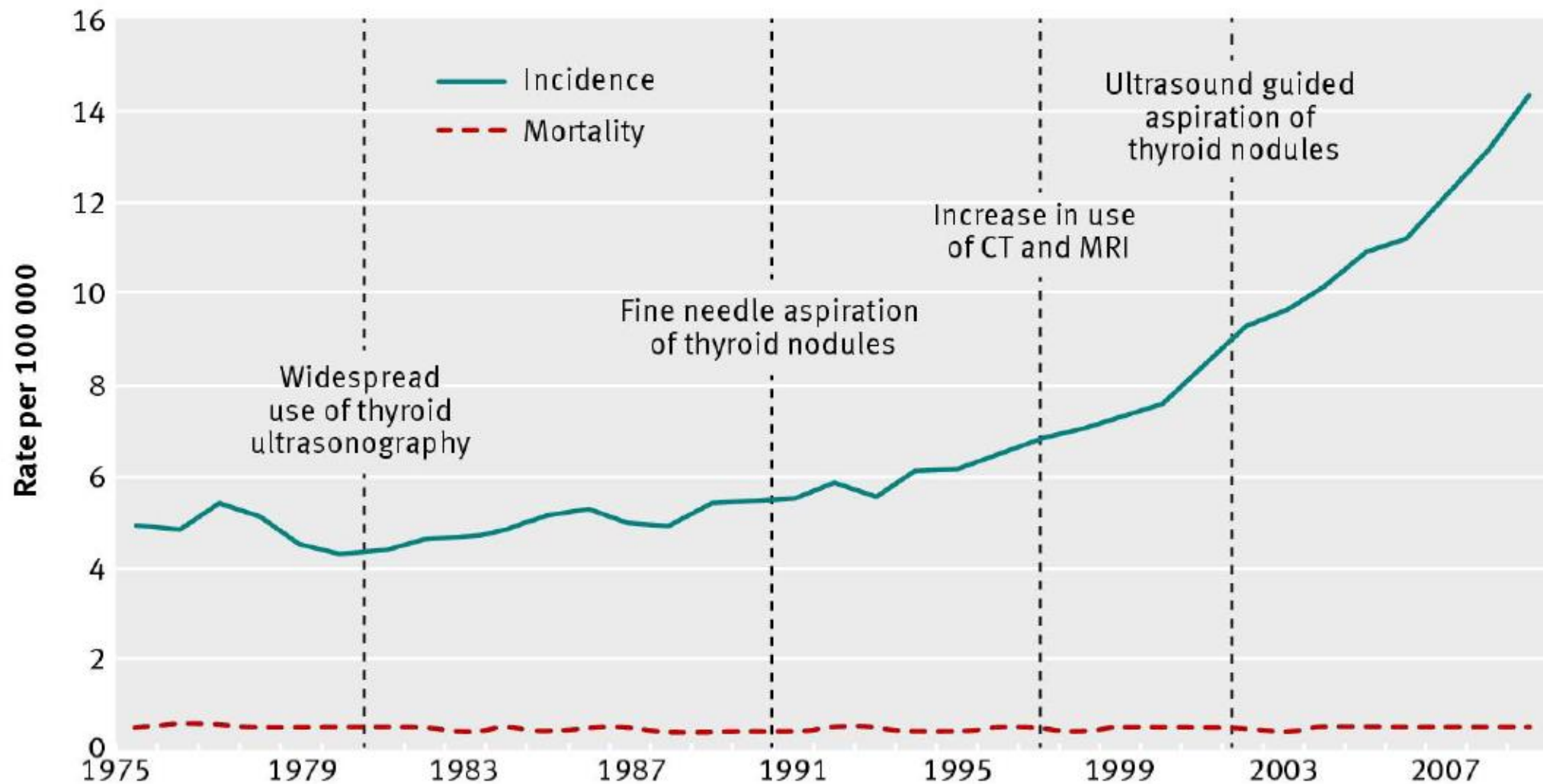
TOO MUCH MEDICINE

Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours

Juan P Brito *instructor of medicine*^{1,2}, John C Morris *professor*¹, Victor M Montori *professor*^{1,2}

¹Division of Endocrinology, Diabetes, Metabolism, and Nutrition, Mayo Clinic, 200 First St SW, Rochester, Minnesota 55905, USA ; ²Knowledge and Evaluation Research Unit, Mayo Clinic

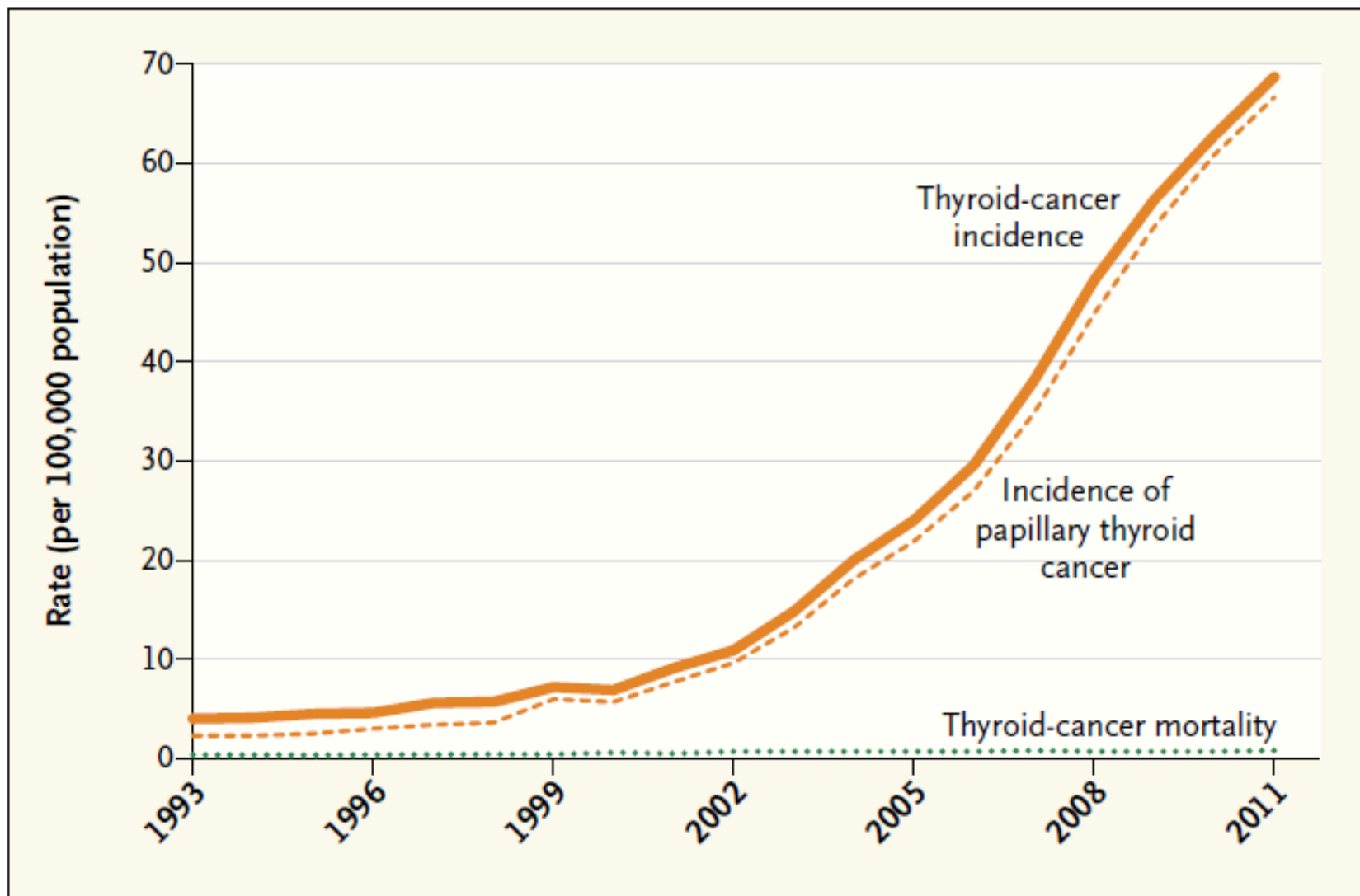
Incidence of and mortality from thyroid cancer in the US, 1975-2009³ and advent of new technologies



Korea's Thyroid-Cancer “Epidemic” — Screening and Overdiagnosis

Hyeong Sik Ahn, M.D., Ph.D., Hyun Jung Kim, M.P.H., Ph.D., and H. Gilbert Welch, M.D., M.P.H.

N ENGL J MED 371;19 NEJM.ORG NOVEMBER 6, 2014



Thyroid-Cancer Incidence and Related Mortality in South Korea, 1993–2011.

Data on incidence are from the Cancer Incidence Database, Korean Central Cancer Registry; data on mortality are from the Cause of Death Database, Statistics Korea. All data are age-adjusted to the South Korean standard population.

Korea's Thyroid-Cancer “Epidemic” — Screening and Overdiagnosis

Hyeong Sik Ahn, M.D., Ph.D., Hyun Jung Kim, M.P.H., Ph.D., and H. Gilbert Welch, M.D., M.P.H.

N ENGL J MED 371;19 NEJM.ORG NOVEMBER 6, 2014

- The experience in South Korea should serve as a cautionary tale for the rest of the world
- According to the International Agency for Research on Cancer, the rate of thyroid-cancer detection has more than doubled in France, Italy, Croatia, the Czech Republic, Israel, China, Australia, Canada, and the United States
- The South Korean experience suggests that these countries will need to discourage early thyroid cancer detection



27/11/2014 15:43

DIAGNOSI

1

0

 4 4 Tweet G+ Consiglia  Mi piace

Screening tiroide: in aumento incidenza tumori

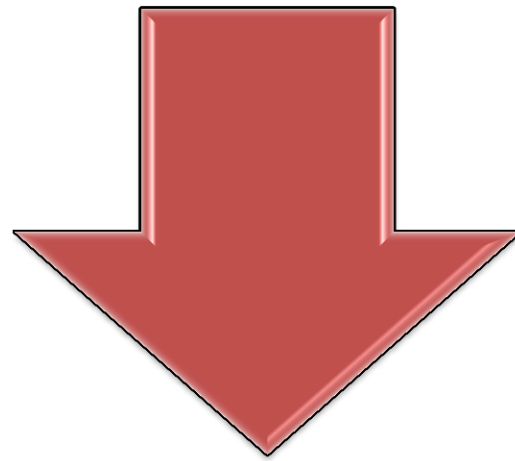
Il carcinoma alla tiroide diventerà il secondo tipo di cancro più frequente nelle donne

Il carcinoma alla tiroide diventerà il secondo tumore più frequente nelle donne. Questo dal prossimo anno e nei Paesi economicamente più sviluppati. L'aumento di incidenza di questo tumore è dovuto a più frequenti screening nella popolazione. Sempre più spesso controlli indicati anche per altre patologie (come l'ecocolordoppler) consentono infatti di imbattersi accidentalmente in piccoli tumori a uno stadio molto precoce. Nella stragrande maggioranza dei casi, questi necessitano di trattamenti più "blandi" rispetto alle neoplasie tiroidee diagnosticate qualche decennio fa. Merito del loro grado di

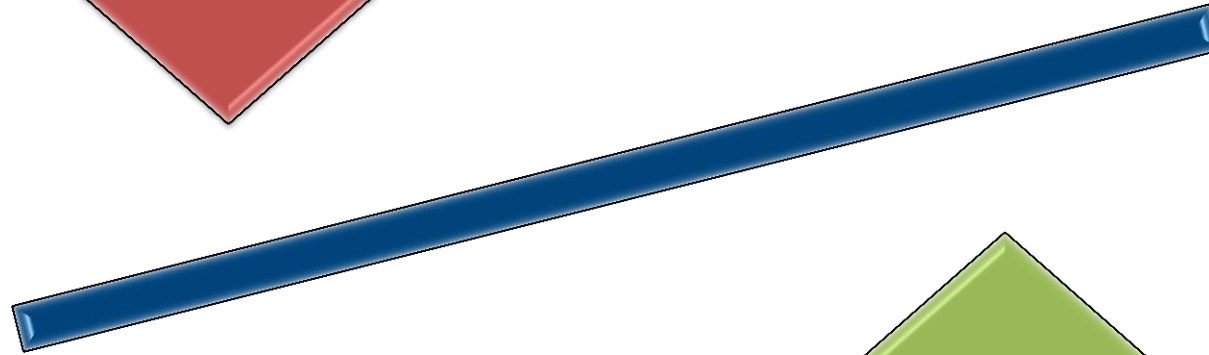


[Altri articoli che parlano di...](#)

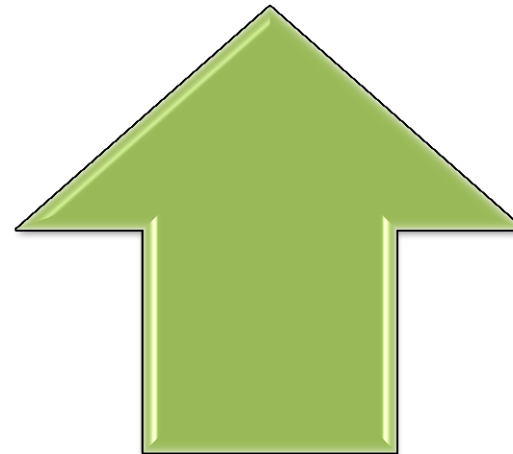
[Categorie \(1\)](#)



Underuse



Overuse



9 dic
2015

SEGNALIBRO | ☆


FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

MEDICINA E RICERCA

Gimbe presenta a Oxford il position paper sui buoni screening oncologici

di *Fondazione Gimbe*

 [Il position paper della Fondazione Gimbe](#)

TAG

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Medicina generale

Prestazioni sanitarie

Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella

Fondazione Gimbe

Le strategie di screening oncologico a elevata intensità hanno l'obiettivo di identificare il maggior numero di tumori possibili, nella speranza che la diagnosi precoce coincida sempre con una riduzione della morbilità e mortalità: di conseguenza, vengono ampliate le popolazioni target, utilizzati test molto più sensibili e



Screening oncologici: il nuovo approccio basato sul *value*

Antonino Cartabellotta^{1*}

¹Medico, Fondazione GIMBE



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VI

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

Metodologia e Risultati dell’anno 2013

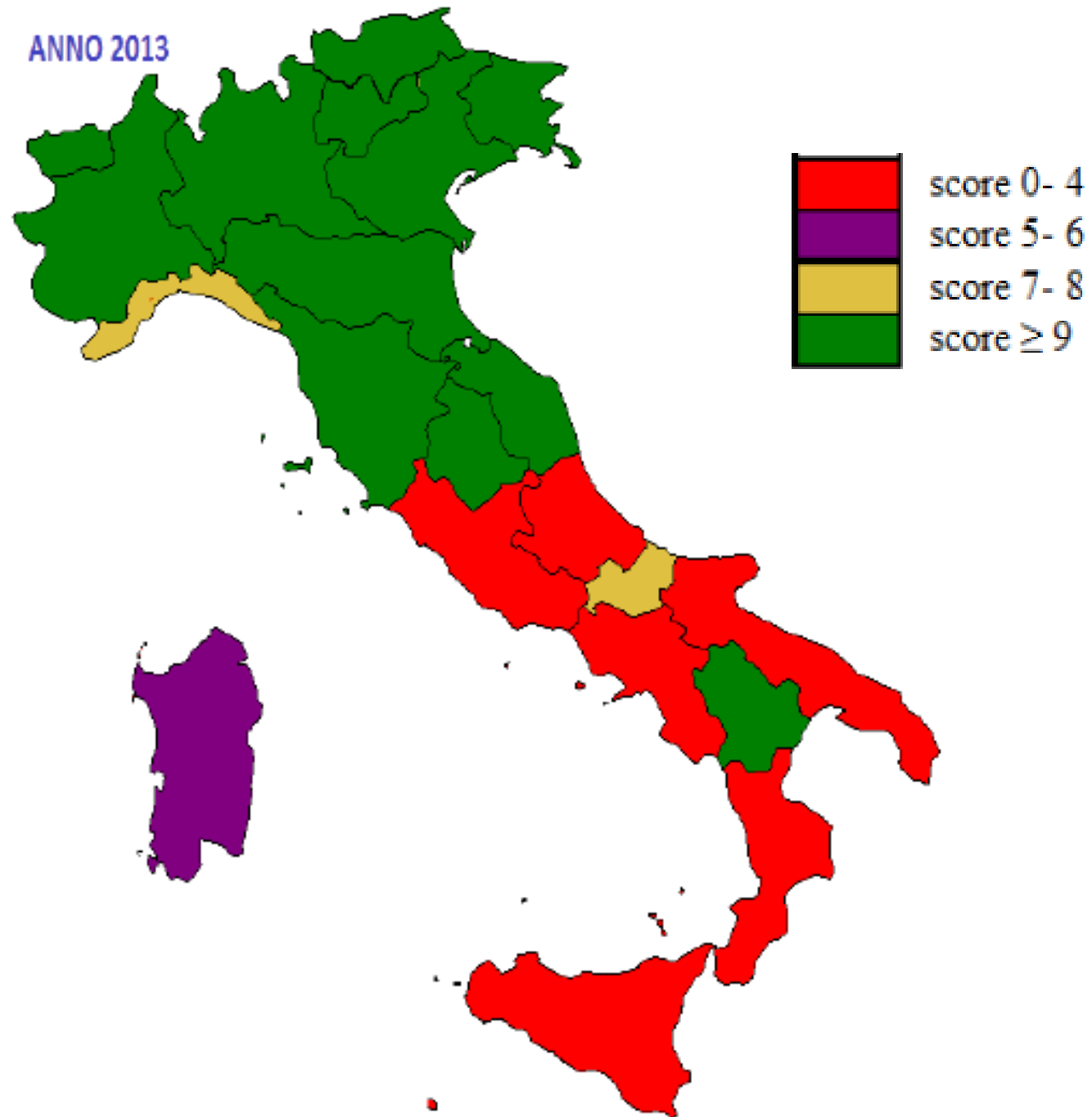
Luglio 2015

Indicatore 2

“Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina, mammella e colon-retto”

Screening	Score			
	0	1	3	5
Mammella	0-5%	6-34%	35-59%	≥ 60%
Cervice uterina	0-5%	6-24%	25-49%	≥ 50%
Colon-retto	0-5%	6-24%	25-49%	≥ 50%

ANNO 2013



ANNO 2013



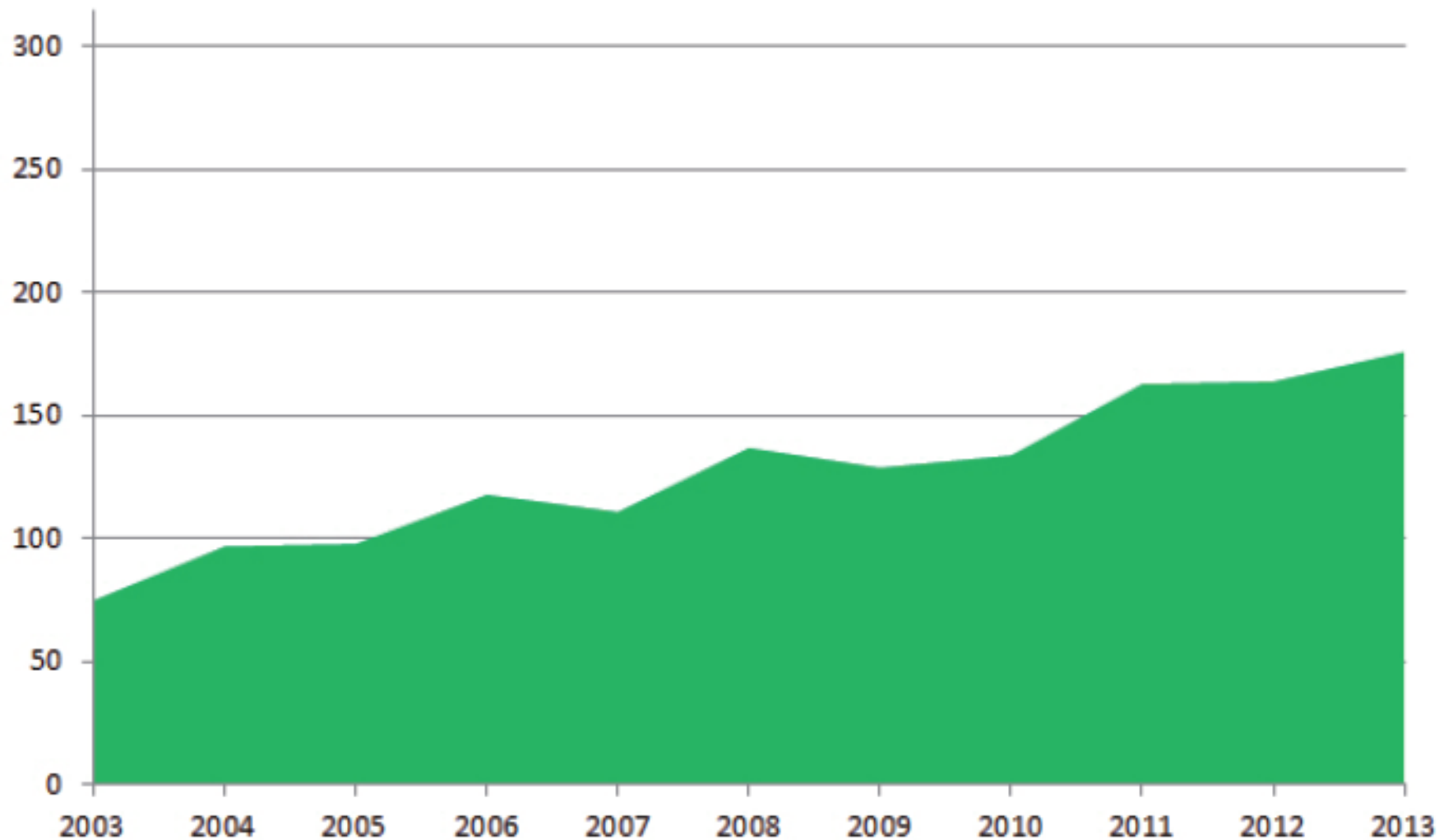


Figura A2. Indicatore 2 griglia LEA: trend adempimento nazionale cumulativo 2003-2013 (score massimo 315)

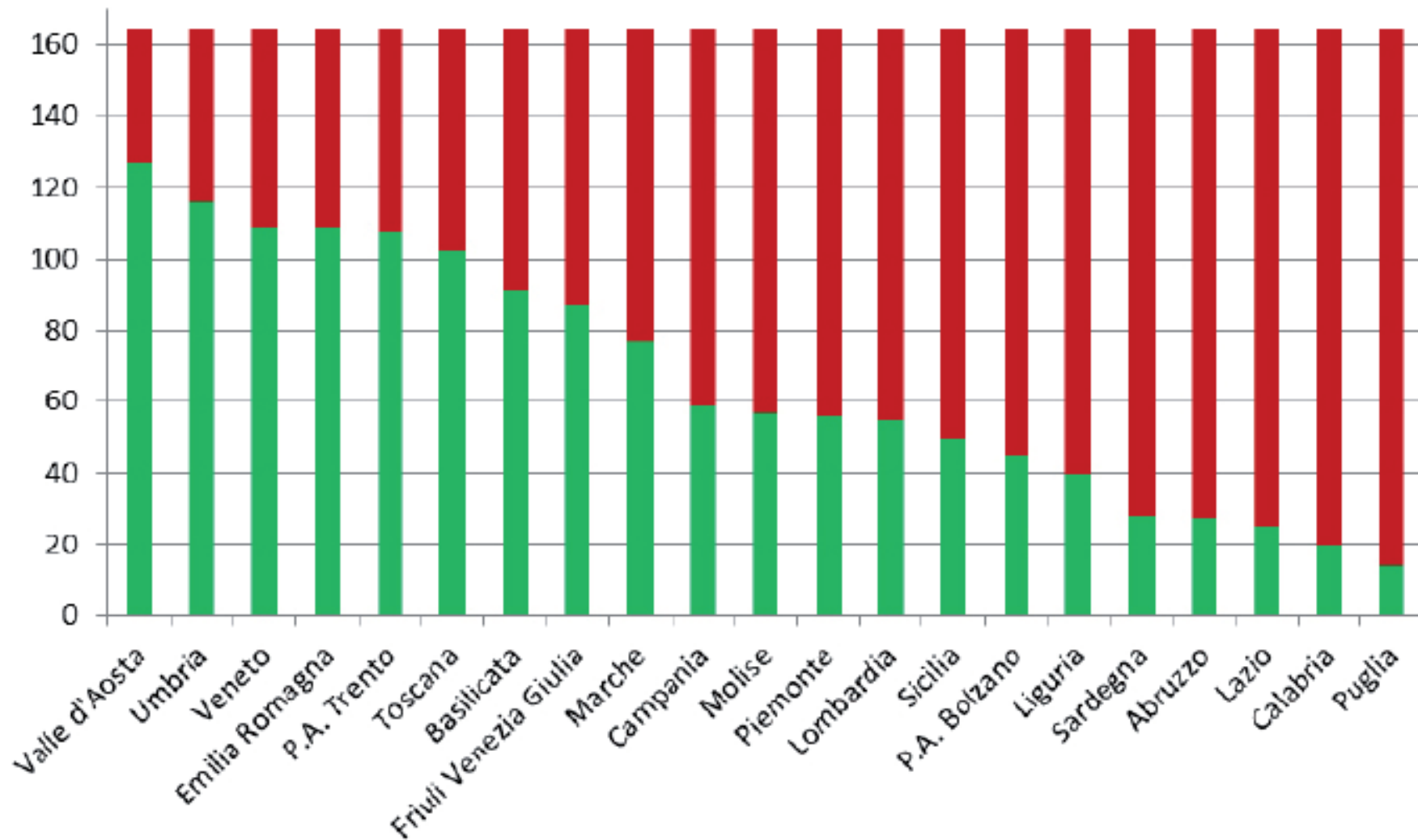
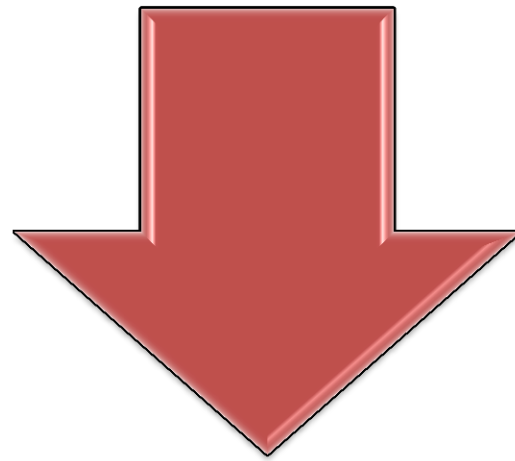
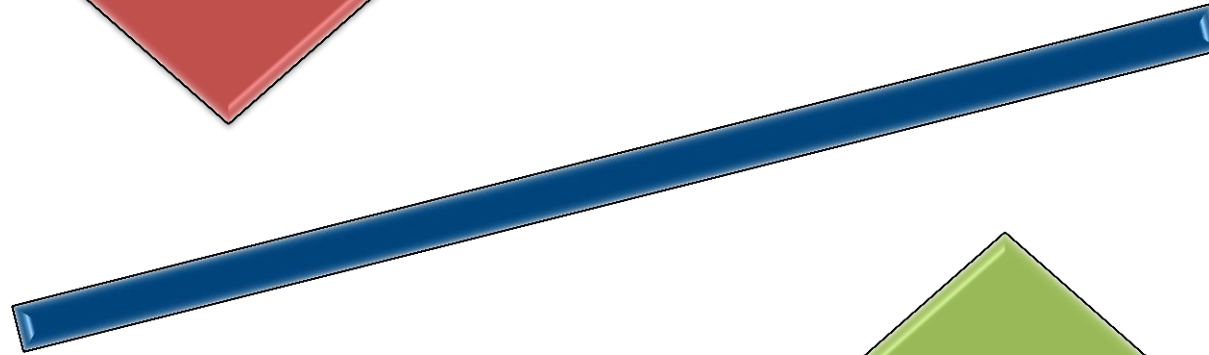


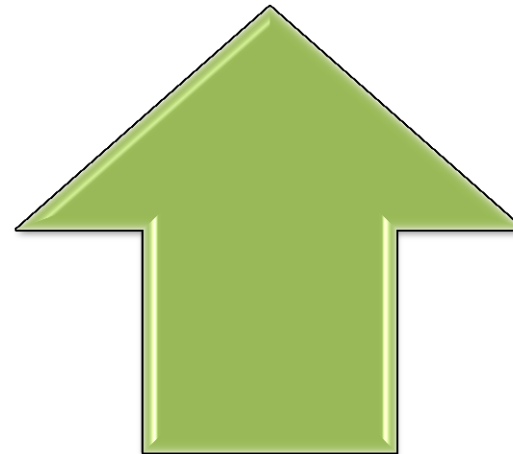
Figura A3. Indicatore 2 griglia LEA: performance regionali cumulative 2003-2013 (score massimo 165)



Underuse

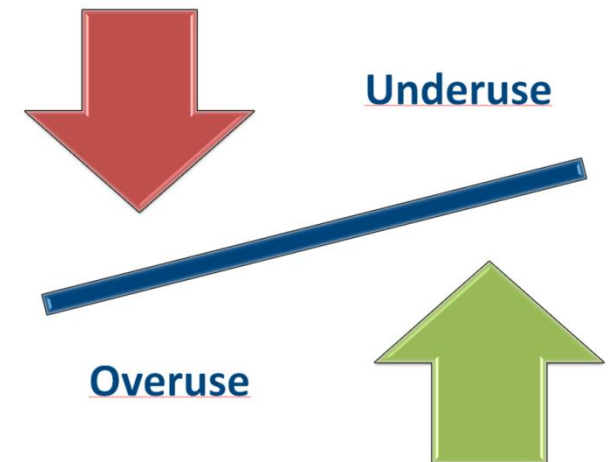


Overuse



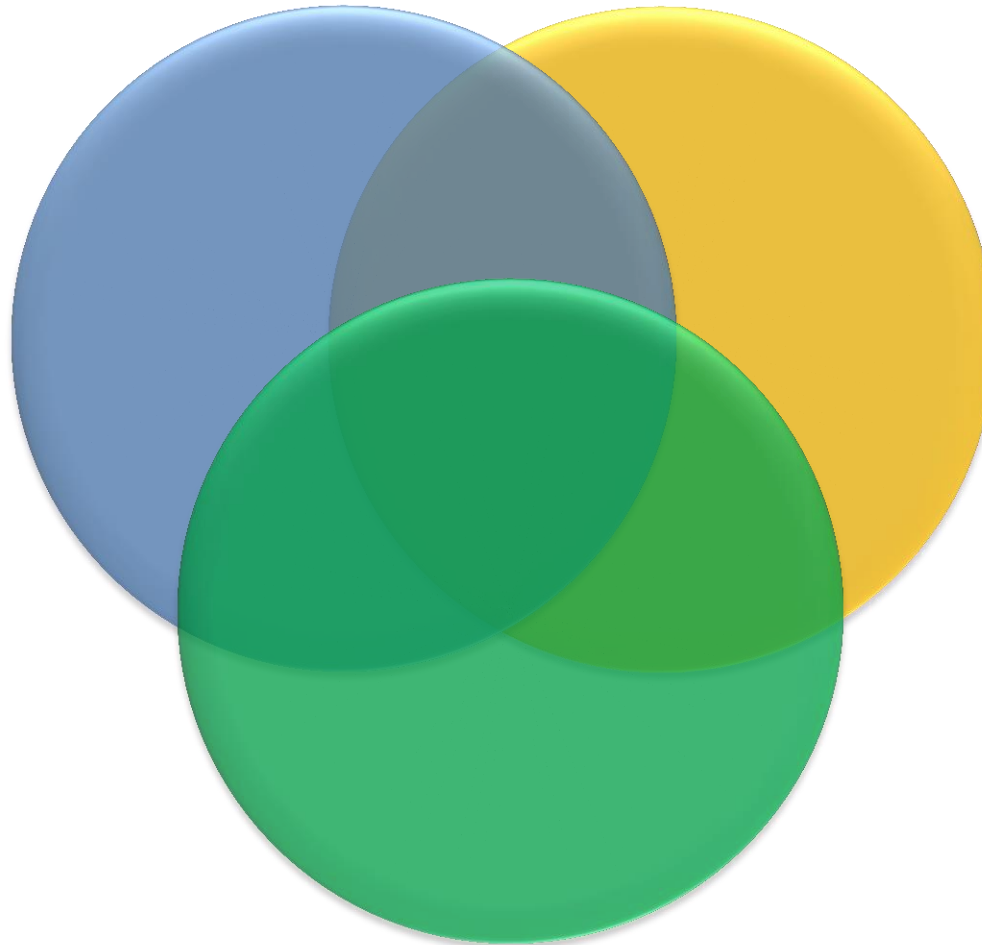
Overuse & Underuse

- Rappresentano due facce della stessa medaglia
- Convivono in tutti i percorsi assistenziali
- Sono influenzate da:
 - Offerta di servizi: eccesso o carenza
 - Comportamenti professionali: inadeguato trasferimento delle evidenze alla pratica clinica
 - Aspettative e preferenze di cittadini e pazienti



Overuse & Underuse

**Offerta
di servizi**



**Comportamenti
professionali**

**Aspettative e preferenze
di cittadini e pazienti**

Offerta servizi

Comportamenti professionali

overuse

ricoveri
ordinari

cesarei

chirurgia

interventistica

diagnostica
per immagini

visite specialistiche

diagnostica
laboratorio

farmaci

underuse

ADI
hospice

screening
oncologici

vaccinazioni

prevenzione
primaria

farmaci
generici

continuità
terapeutica

Aspettative e preferenze di cittadini e pazienti

	OFFERTA SERVIZI	COMPORAMENTI PROFESSIONALI
Criticità	<ul style="list-style-type: none"> • Eccesso → <i>overuse</i> • Carenza → <i>underuse</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Gap tra ricerca e pratica • Aspettative pazienti
Soluzioni	<ul style="list-style-type: none"> • Riallineare l'offerta servizi ai reali bisogni di salute delle persone 	<ul style="list-style-type: none"> • Knowledge translation • Ridurre aspettative pazienti
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie • Sana integrazione pubblico-privato • Informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidence-based Practice • Linee guida → PDTA • <i>Implementation science</i> • Processo decisionale condiviso
Stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> • Stato → indirizzo e verifica • Regioni → organizzazione • Aziende sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionisti • Pazienti • Aziende sanitarie

Disinvestimento orizzontale

Percorso nascita

Percorso chirurgia oncologica

Percorso frattura di femore

Percorso fine vita

Percorso stroke

Disinvestimento verticale

Inibitori pompa protonica

RMN muscolo-scheletrica

Test di routine

Profilassi antibiotica

Markers tumorali

DISINVESTIMENTO ORIZZONTALE

Oggetto	<ul style="list-style-type: none">• Percorsi e processi clinici e organizzativi
Livello	<ul style="list-style-type: none">• Aziendale, interaziendale, regionale
Strumenti	<ul style="list-style-type: none">• Linee guida → PDTA
Implementazione	<ul style="list-style-type: none">• Riorganizzazione servizi• <i>Implementation science</i> → modifica comportamenti professionali• Informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti

DISINVESTIMENTO VERTICALE

Oggetto	• Servizi, interventi, prestazioni sanitarie	
Livello	• Nazionale, regionale	• Aziendale • Professionale
Strumenti	• HTA • <i>Value-based pricing</i>	• <i>Low-value lists*</i>
Implementazione	• Interventi regolatori** • Informazione e coinvolgimento di cittadini e pazienti	• Processo decisionale condiviso • Implementation science

**Choosing Wisely, Slow Medicine*

**Esclusione dai LEA, revoca accreditamento

Aree di disinvestimento

Area	%
1. Sovra-utilizzo	30
2. Frodi e abusi	20
3. Acquisti a costi eccessivi	16
4. Sotto-utilizzo	12
5. Complessità amministrative	12
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10

Breaking down the walls

Ospedale



Territorio



OSPEDALE

- Area critica
- Area degenza
 - Alta intensità
 - Media intensità
 - Bassa intensità
- DEA, PS, OBI
- Week hospital
- Day hospital
- Day/one-day surgery
- Day service
- Ambulatori

Transitional
care



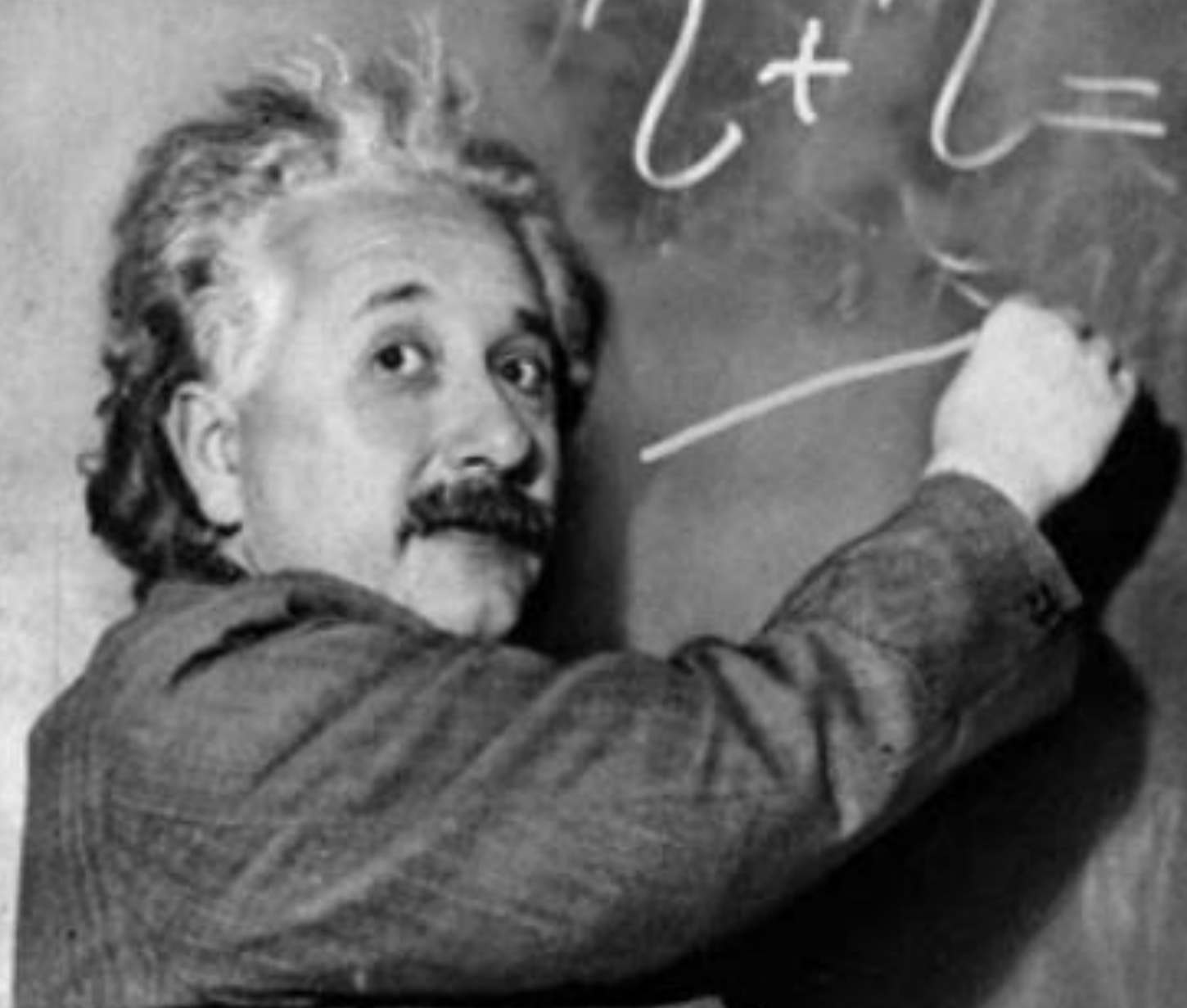
TERRITORIO

- Cure intermedie
- Riabilitazione
- RSA
- ADI
- DSM, SERT
- Ospedale a domicilio
- Hospice
- Cure primarie
 - UCCP
 - AFT

Outline

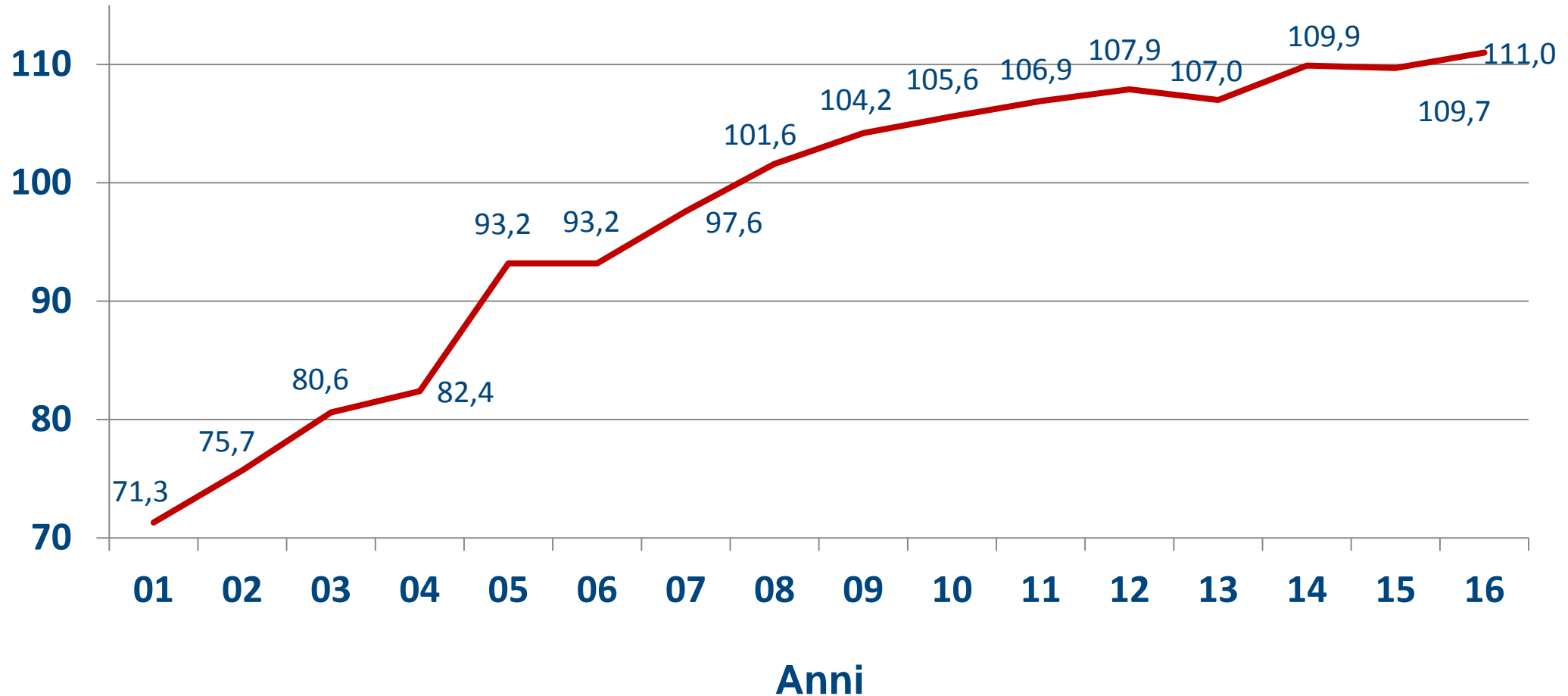
1. Lo scenario economico
2. Il framework GIMBE
- 3. Tirando le somme...**

$$2 + 2 = 5$$



Finanziamento pubblico SSN (2001-2016)

Miliardi €





MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2015

Presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri
Matteo Renzi

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze
Pier Carlo Padoan

al Consiglio dei Ministri il 7 Aprile 2015

Spesa pubblica per la sanità (% PIL)

2010: 7,0%

2015: 6,8%

2020: 6,6%

2025: 6.8%

2030: 7.0%

...

2060: 7,6%

9 giu
2015

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

AZIENDE E REGIONI

Gli italiani e la spesa sanitaria: incertezza per il futuro e «out of pocket» a 33 miliardi

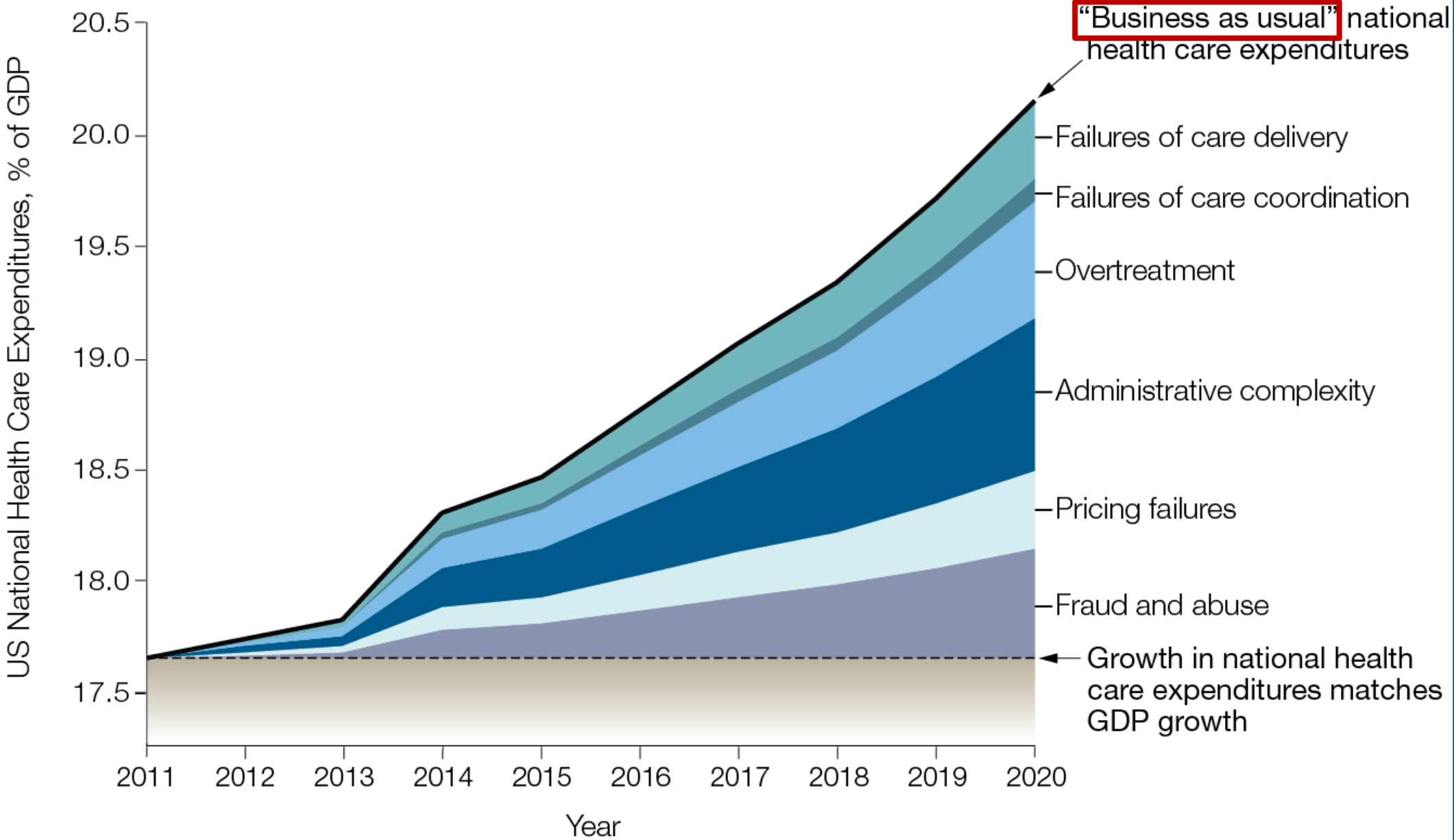
di *B.Gob.*

PDF

[I risultati dell'indagine](#)

Legge di Stabilità 2016

«Regioni e 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 [...] nel rispetto dei LEA»



2025

2024

2023

2022

2021

2020

2019

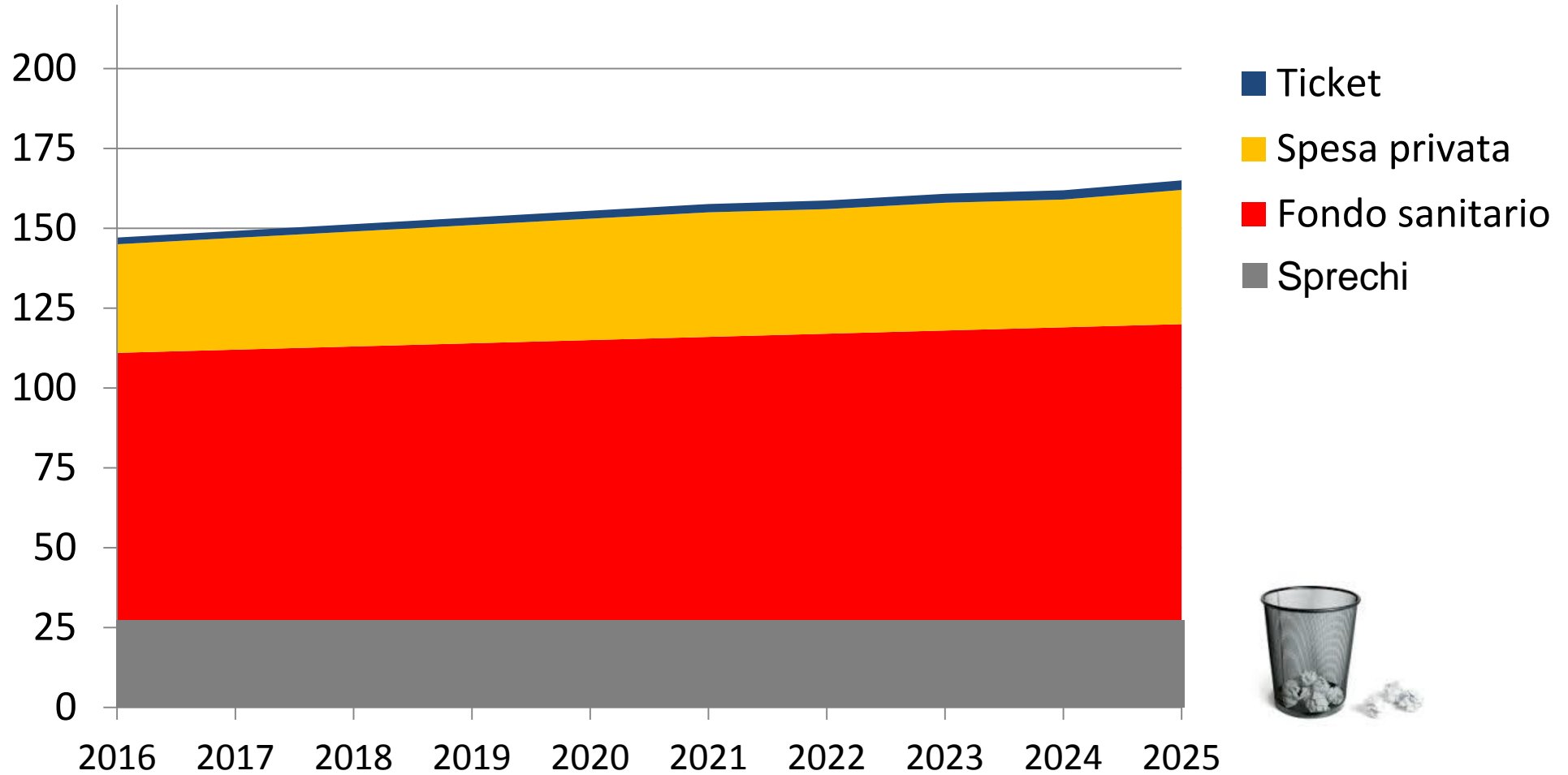
2018

2017

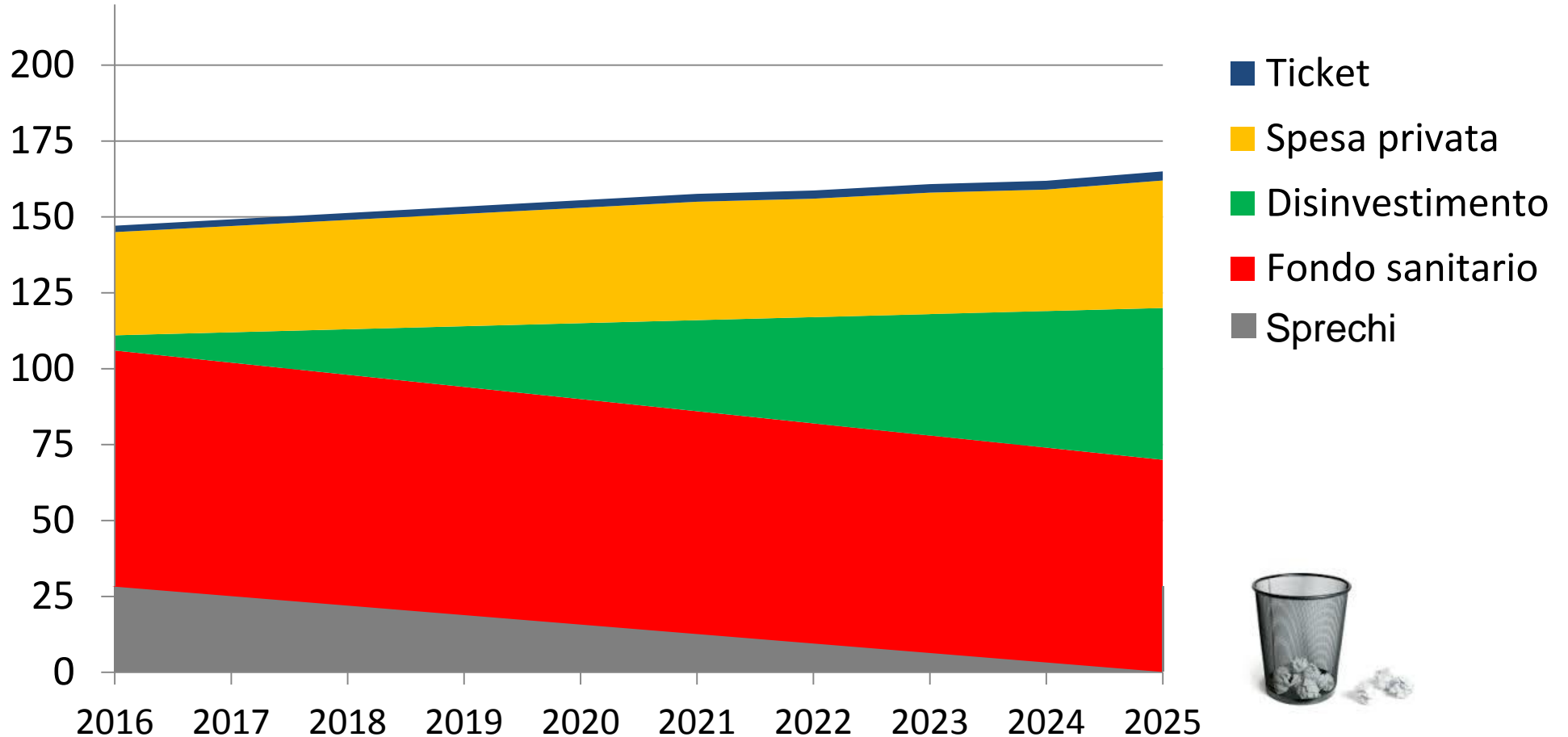
2016



Stima risorse SSN (2016-2025)



Stima risorse SSN (2016-2025)



GIMBE chiede allo Stato di...

- ...arrestare il definanziamento del SSN e fornire ragionevoli certezze sulle risorse da destinare alla sanità pubblica
- ...avviare un'adeguata governance per regolamentare su scala nazionale l'intermediazione assicurativa
- ...rendere realmente continuo l'aggiornamento dei LEA
- ...potenziare gli strumenti di indirizzo e verifica nei 21 sistemi regionali



GIMBE chiede alle Regioni di...

- ...avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni)
- ...responsabilizzare e coinvolgere attivamente in questo processo le Aziende sanitarie e queste, a cascata, professionisti sanitari e cittadini



GIMBE chiede ai professionisti sanitari di...

- ...mettere da parte interessi di categoria e sterili competizioni
- ...integrare competenze e responsabilità in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente
- ...identificare servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal *low value* da cui disinvestire



GIMBE chiede ai cittadini di...

- ...accettare che SSN non significa Supermercato Sanitario Nazionale
- ...ridurre le aspettative nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile
- ...essere consapevoli, in qualità di "azionisti di maggioranza", che il servizio sanitario nazionale è un bene comune da tutelare e garantire alle future generazioni



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

Carta GIMBE

per la tutela della salute

Programmazione e organizzazione dei servizi sanitari

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



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



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



Art. 18.
La convenienza tra pubblico e privato deve avvenire sotto il segno di una sana integrazione e non di accorpazione.



Art. 19.
Le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendicontare pubblicamente le proprie performance (accountability).



Art. 20.
Il management aziendale deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute, non dalla produttività di servizi e prestazioni.



Art. 21.
Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi premianti orientati a ridurre gli sprechi e aumentare il valore dell'assistenza.



Professionisti sanitari

Art. 22.
La salute delle persone deve essere obiettivo primario di ogni forma di associazione professionale, trasformando le innumerevoli cooperazioni competitive nei nodi di un network collaborativo.



Art. 23.
Competenze e responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.



Art. 24.
Tutte le categorie professionali devono promuovere un'assistenza sanitaria parsimoniosa (less is more) identificando gli sprechi dovuti ad interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low value.



Art. 25.
La pratica della medicina difensiva deve essere contrastata con informazioni e azioni a tutti i livelli, aumentando la consapevolezza sociale dei rischi e dei costi che comporta.



Art. 26.
Medici e altri professionisti sanitari hanno il dovere etico di regare al paziente prestazioni efficaci e inappropriate, promuovendo il coinvolgimento attivo insieme a familiari e caregivers.



Art. 27.
L'esercizio della libera professione deve soddisfare esclusivamente i reali bisogni di salute del paziente, senza essere condizionato da conflitti di interesse.



Cittadini e pazienti

Art. 28.
Cittadini e pazienti devono essere informati sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari e coinvolti attivamente nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari.



Art. 29.
Paziente e medico devono convivere in una mutua relazione clinico-assistenziale, sociale ed economica, senza rivendicare alcuna posizione di centralità.



Art. 30.
L'assistenza centrata sul paziente deve considerare aspettative, preferenze e valori, promuovendo il coinvolgimento attivo insieme a familiari e caregivers.



Art. 31.
I cittadini devono essere consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie genera sprechi con ricadute in forma di imposte e mancate detrazioni.



Ricerca biomedica

Art. 32.
Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute e il benessere delle persone.



Art. 33.
Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica o sociale.



Art. 34.
Le priorità della ricerca devono indirizzarsi verso le aree grigie, identificate attraverso revisioni sistematiche della letteratura.



Art. 35.
Cittadini e pazienti devono essere coinvolti attivamente nella definizione delle priorità di ricerca, per identificare quali interventi sanitari vultare e quali outcome misurare.



Formazione continua

Art. 36.
Il fine ultimo della formazione continua non è l'acquisizione di conoscenze e skills, ma la modifica dei comportamenti professionali.



Art. 37.
Il miglioramento della competenza professionale è una determinante fondamentale della qualità dell'assistenza sanitaria.



Art. 38.
I curricula dei professionisti sanitari e del management devono includere conoscenze e skills per erogare un'assistenza sanitaria ad high value, basata sulle evidenze e centrata sul paziente.



Integrità e trasparenza

Art. 39.
La sopravvivenza della sanità pubblica è indissolubilmente legata all'integrità morale e alla professionalità di tutti gli attori coinvolti.



Art. 40.
Un servizio sanitario equo e sostenibile deve mettere in atto azioni concrete per un'adeguata governance dei conflitti di interesse di tutti gli stakeholders.



Finanziamento del SSN

Art. 4.
La progressiva e continua riduzione del finanziamento pubblico in sanità danneggia la salute delle persone, ne lede la dignità e compromette la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi.



Art. 5.
Nel rispetto dell'uguaglianza delle persone, l'acquisizione di risorse integrative dai privati non deve compromettere il modello di un servizio sanitario pubblico e universalistico.



Art. 6.
Le risorse acquisite dall'intermediazione assicurativa devono finanziare prevalentemente prestazioni non essenziali.



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



Sostenibilità del SSN

Art. 8.
Le risorse assorbite da sprechi e inefficienze possono essere recuperate attraverso un virtuoso processo di disinvestimento e reinvestite in servizi essenziali e innovativi.



Art. 9.
In un servizio sanitario sostenibile le migliori evidenze scientifiche devono guidare le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone, oltre che orientare le scelte di cittadini e pazienti (evidence for health).



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



Politica e Sanità

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



Art. 12.
La salute delle persone deve guidare tutte le politiche del Paese: sanitarie, 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.



Art. 14.
Le politiche sanitarie volte a tutelare la sanità pubblica non possono essere guidate da esigenze di risparmio a breve termine con sistemi premianti orientati a ridurre gli sprechi e aumentare il valore dell'assistenza.



Diritto costituzionale alla tutela della salute

Art. 1.
L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute delle persone, ma non garantisce 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 frutto di una leale collaborazione tra Stato e Regioni.



Art. 3.
La Repubblica deve preservare le persone da tutte le disuguaglianze, in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza dei processi clinico-organizzativi e di esiti di salute.

