

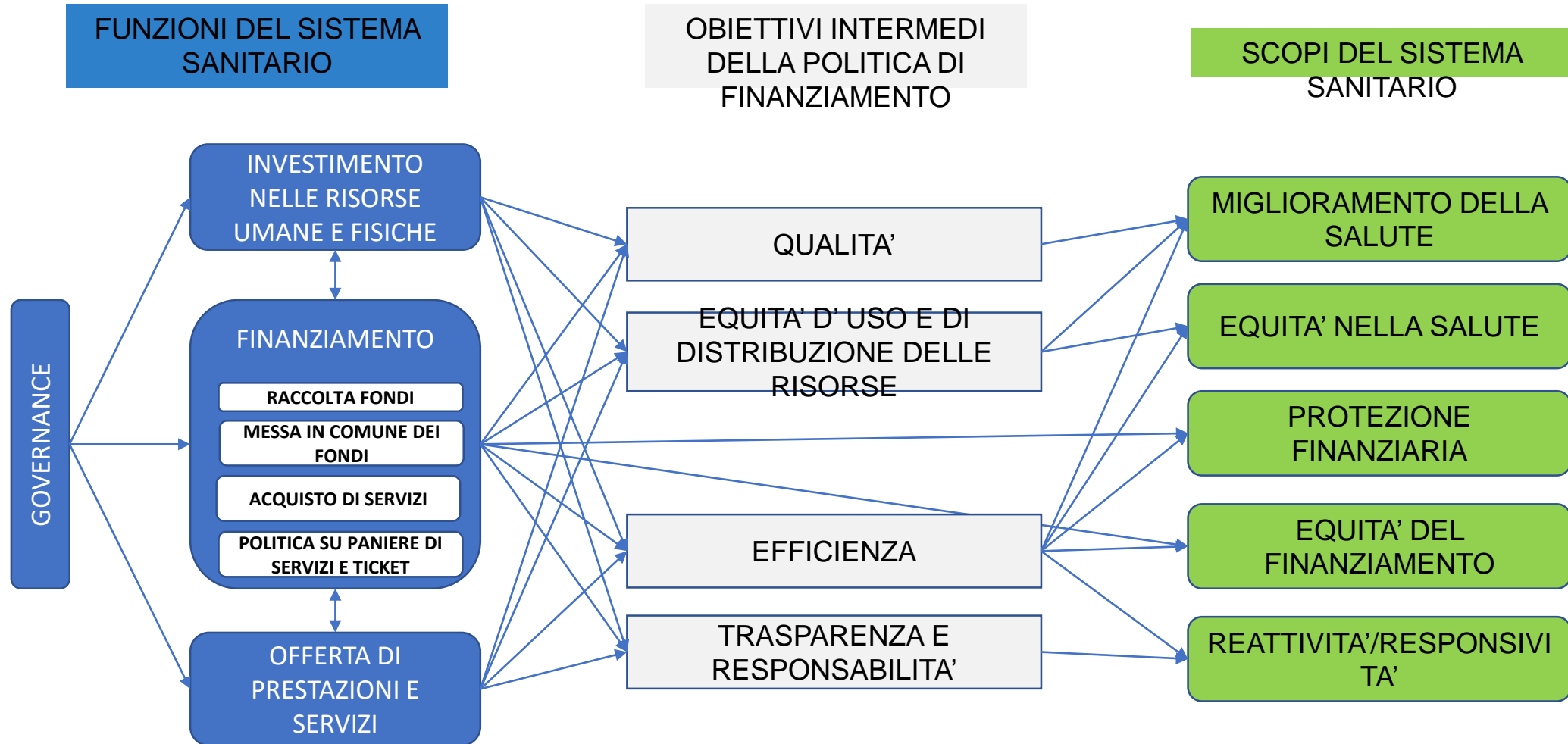
“Endoscopic update live in Ferrara”



**Sanità e sostenibilità, uscire da un
approccio contingente e reattivo**

Tiziano Carradori

Funzioni obiettivi e scopi del sistema sanitario



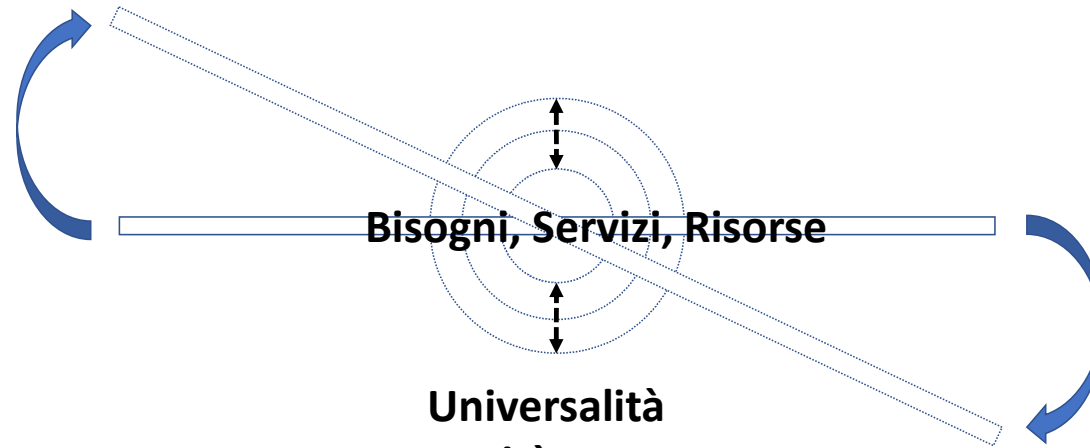
MODIFICATO DA LA POLITICA DI FINANZIAMENTO NEI PAESI EUROPEI. OMS 2006

I sistemi sanitari di tutti i Paesi occidentali sono confrontati con criticità simili

- **Equità nella salute e nell'accesso ai servizi**
- **Carenze di personale**
- **Insufficienza degli investimenti per rinnovare strutture e tecnologie**
- **Carenze nella responsività**
- **Insufficiente sviluppo dell'assistenza primaria**
- **Carenze nella integrazione tra le parti del sistema**
- **Rapporto pubblico-privato**
- **Crescita dei costi, sprechi e abusi**

sono comuni le difficoltà ad intervenire sui principali fattori che influenzano il funzionamento e i risultati dei sistemi sanitari

Aspettative delle persone e delle popolazioni
Innovazioni nel sistema tecnico
Natura e diffusione dei bisogni da soddisfare
Qualità dei servizi



Bisogni, Servizi, Risorse

Universalità
Equità
Libertà
Responsività
Qualità

Globalizzazione



Sostenibilità finanziaria
Sostenibilità economica
Norme e regolamenti

Sostenibilità, tema non aggirabile

in tutti i Paesi ad economia avanzata il ritmo di crescita della spesa sanitaria (prevalentemente coperta da finanziamento pubblico) è superiore a quello della crescita economica e può compromettere le risorse da destinare ad altri settori che hanno importante impatto sulla salute.

Sostenibilità

Il senso

ricerca di un equilibrio tra fattori culturali, sociali, economici e ambientali che consentono alle attività di continuare indefinitamente in futuro.

La realtà

non esiste ancora una definizione che ne consenta una interpretazione univoca che consenta al suo significato, ai suoi obiettivi e ai modi per raggiungerli di essere meno vaghi e soggetti ad interpretazioni e usi diversi.

Nel servizio sanitario

«un equilibrio appropriato tra gli aspetti culturali, sociali ed economici dei servizi (dalla promozione della salute e prevenzione delle malattie al ripristino della salute e il sostegno alla fine della vita) progettati e prodotti per soddisfare i bisogni di salute e di assistenza delle persone e della popolazione, che consenta alle attività di continuare indefinitamente in futuro».

Defining Health and Health Care Sustainability
Canadian Alliance for Sustainable Health Care 2014

non può essere limitato alla sola dimensione economica



La dimensione economico-finanziaria non è che una delle dimensioni che possono minacciare la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Le disuguaglianze, la carenza di professionisti, la qualità e la produttività dei servizi, la fiducia dei cittadini nel sistema, e le aspettative della società sono altrettanto importanti per un sistema sanitario sostenibile.

Eppure..

la discussione sulla sostenibilità del SSN si esaurisce nella sola sua presunta insostenibilità economico-finanziaria, per sostenere cambiamenti sia del governo istituzionale sia del finanziamento del sistema

Sostenibilità economica e sostenibilità finanziaria, concetti correlati ma non sovrapponibili

Sostenibilità economica

È il costo opportunità delle risorse investite. Finché il valore prodotto spendendo nell'assistenza sanitaria supera il valore che si sarebbe prodotto spendendo in altri settori la crescita della spesa può essere definita economicamente sostenibile.

Sostenibilità finanziaria (o fiscale)

È la capacità di finanziare la spesa sanitaria pubblica.

Sostenibilità economica e sostenibilità finanziaria

Coinvolge principalmente la qualità (latamente intesa) e guarda prevalentemente alle responsabilità tecnica di governo, gestione e di produzione del sistema dei servizi affinché il sistema dei servizi possa mantenere un valore aggiunto che giustifichi la priorità allocativa rispetto ad usi alternativi

- ❖ **Spendiamo troppo (per il livello di copertura da garantire e per i risultati di salute conseguiti)?**
- ❖ **Il ritmo di crescita della spesa sanitaria è eccessivo?**
- ❖ **Quali sono i cambiamenti che potrebbero consentire la massimizzazione dei risultati sanitari a parità di investimento o la minimizzazione dei costi per uguale risultato sanitario?**

Guarda prevalentemente alla responsabilità politica di governo reperire e rendere disponibili le risorse necessarie a garantire i livelli di copertura garantiti

- ❖ **Qual è il livello di spesa (totale, pubblica e privata) considerato sostenibile?**
- ❖ **Per quale copertura (inclusività, profondità, larghezza, responsività)?**
- ❖ **Le modalità di finanziamento alternative possono migliorare la capacità di finanziare del sistema sanitario e con quali conseguenze sull'equità?**

I confronti internazionali non supportano la tesi della insostenibilità economica e finanziaria del SSN

Nonostante l'importanza delle risorse pubbliche destinate alla sanità e della crescita registrata dall'inizio del secolo, le risorse destinate dallo Stato Italiano alla sanità continuano ad essere significativamente inferiori a quelle degli altri Paesi ad economia avanzata

Una spesa sanitaria importante

La spesa socio-sanitaria 2016

complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, non autosufficienti.

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione (%)
Spesa socio-sanitaria totale	175.058,0	100,0
di cui spesa sanitaria pubblica	112.182,0	64,1
di cui spesa sanitaria privata	36.201,0	20,7
di cui LTC sociale pubblica	23.596,5	13,5
di cui LTC sociale privata	3.078,5	1,8

2017: 113,1 miliardi

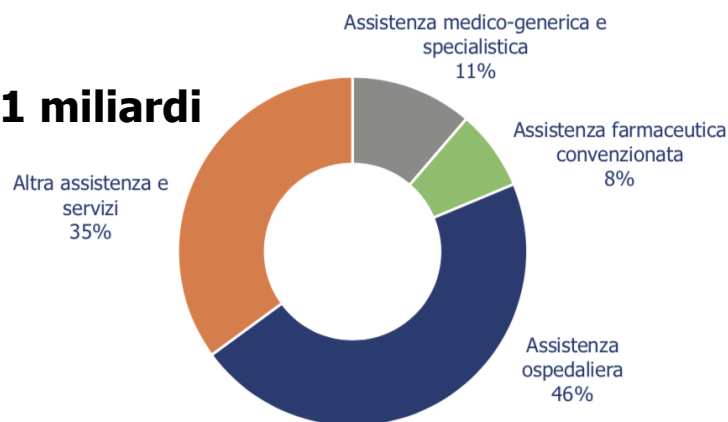


Figura 22. Le voci della spesa sanitaria pubblica (percentuale), 2017

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2018

In % sul PIL

Funzioni di spesa	2016
Spesa socio-sanitaria totale	10,4%
di cui spesa sanitaria pubblica	6,8%
di cui spesa sanitaria privata	2,2%
di cui LTC sociale pubblica	1,2%
di cui LTC sociale privata	0,2%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

La percentuale della spesa sanitaria sul totale della spesa delle amministrazioni pubbliche è inferiore a quella media dei Paesi dell'EU12

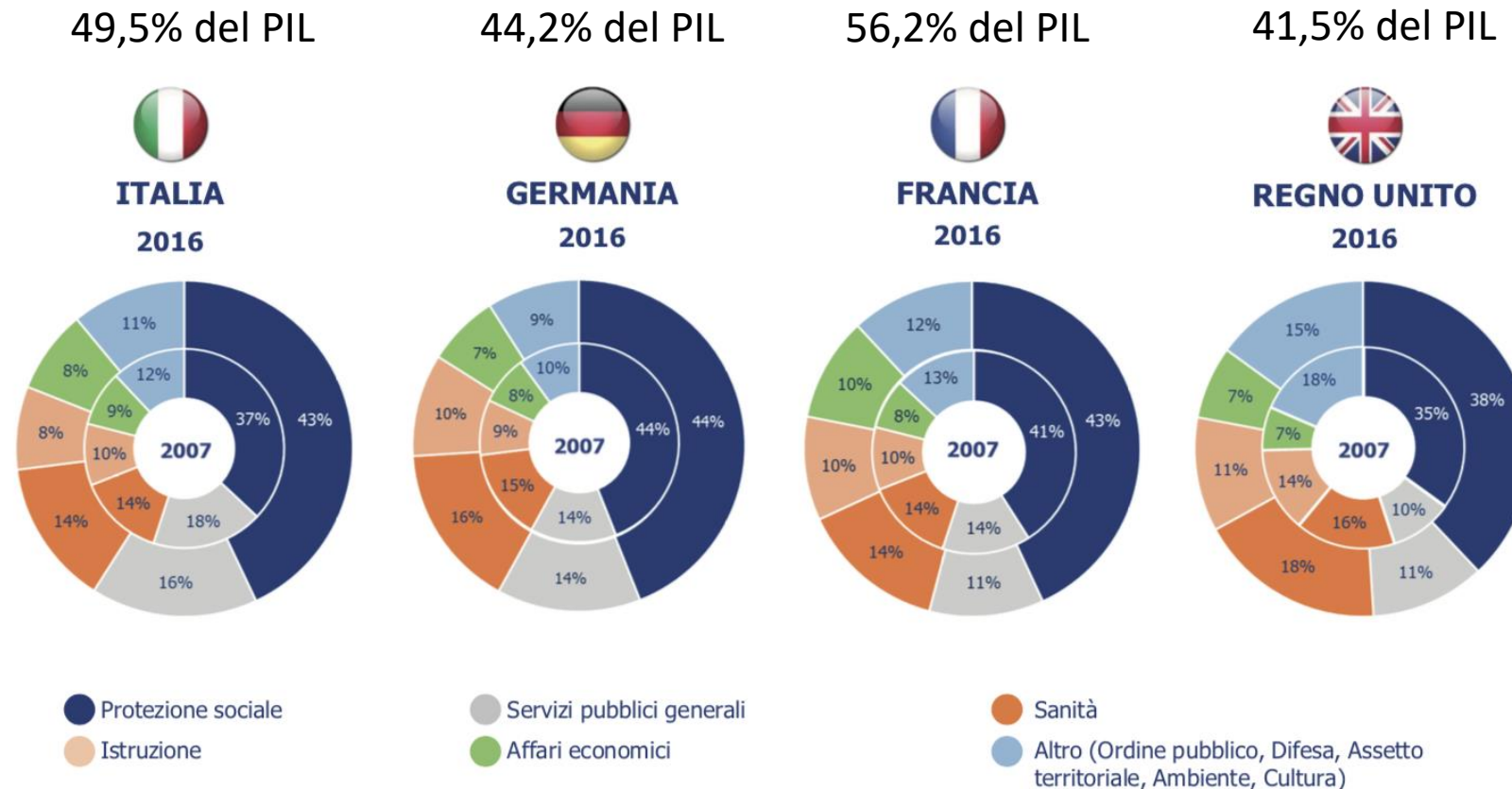


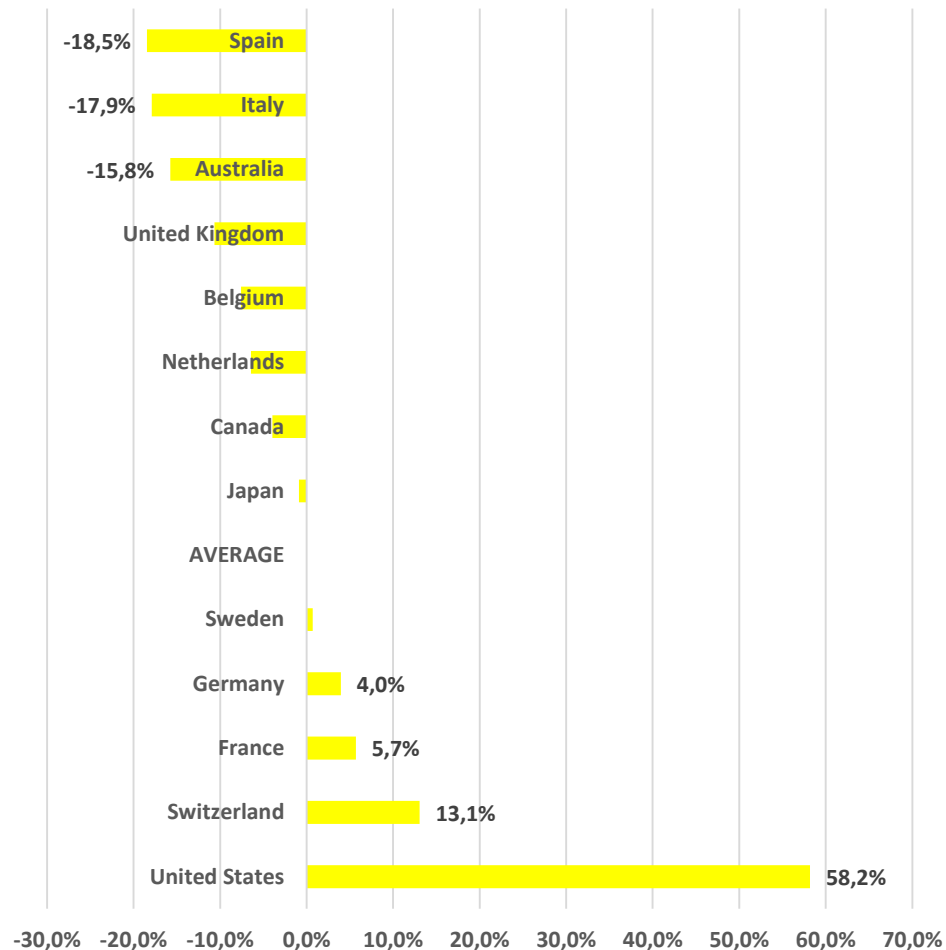
Figura 1. Spesa pubblica per voce di spesa in Italia, Germania, Francia e Regno Unito (% della spesa pubblica complessiva), 2007 e 2016

Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2018

Destiniamo alla sanità una parte eccessiva della ricchezza collettiva?

La percentuale della spesa sanitaria complessiva sul PIL è inferiore del 18% rispetto a quella media riscontrata nelle principali economie occidentali (G12)

Current expenditure on health, % of gross domestic product

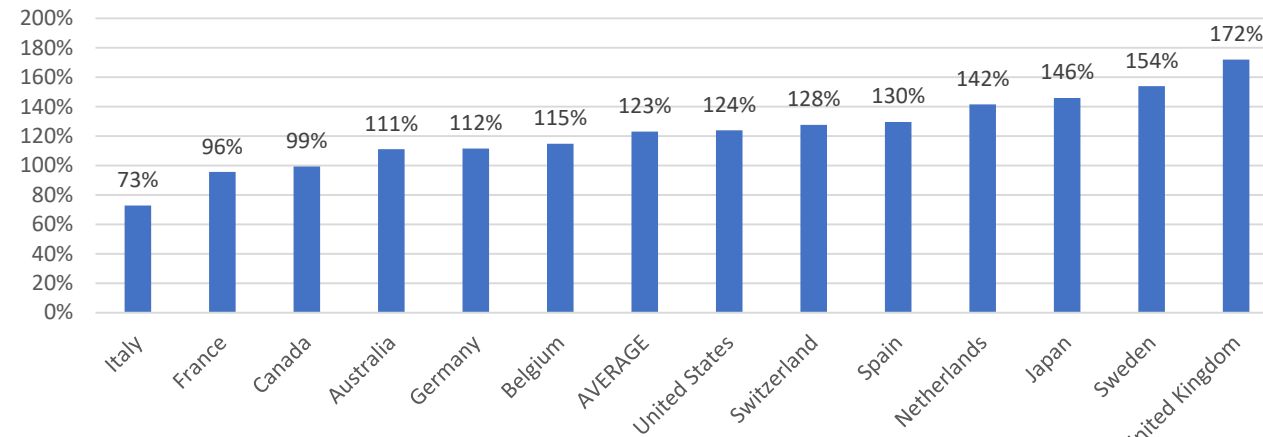


Elaborazione su OCSE Data 2018

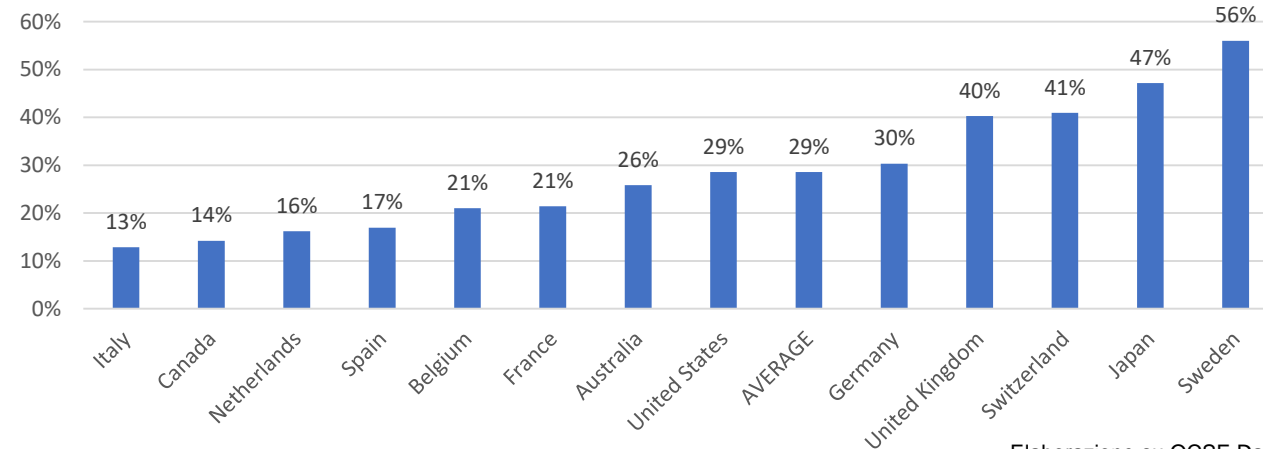
La spesa sanitaria cresce troppo?

Il tasso di crescita della spesa sanitaria totale pro capite è il più basso tra quello registrato nei Paesi del G12

CURRENT EXPENDITURE PER CAPITA, GROWTH 2017 - 2000



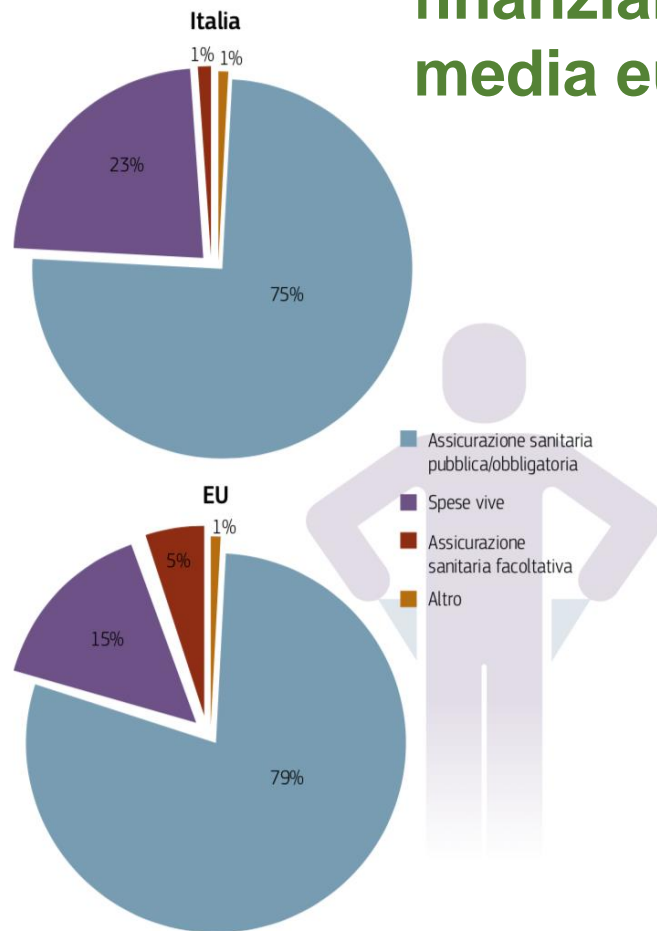
CURRENT EXPENDITURE PER CAPITA, GROWTH 2017 - 2010



Elaborazione su OCSE Data 2018

La copertura pubblica della spesa sanitaria è eccessiva?

La parte della spesa sanitaria totale coperta da finanziamento pubblico è inferiore, a quella media europea



Statistiche sulla salute dell'OCSE; Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2015)

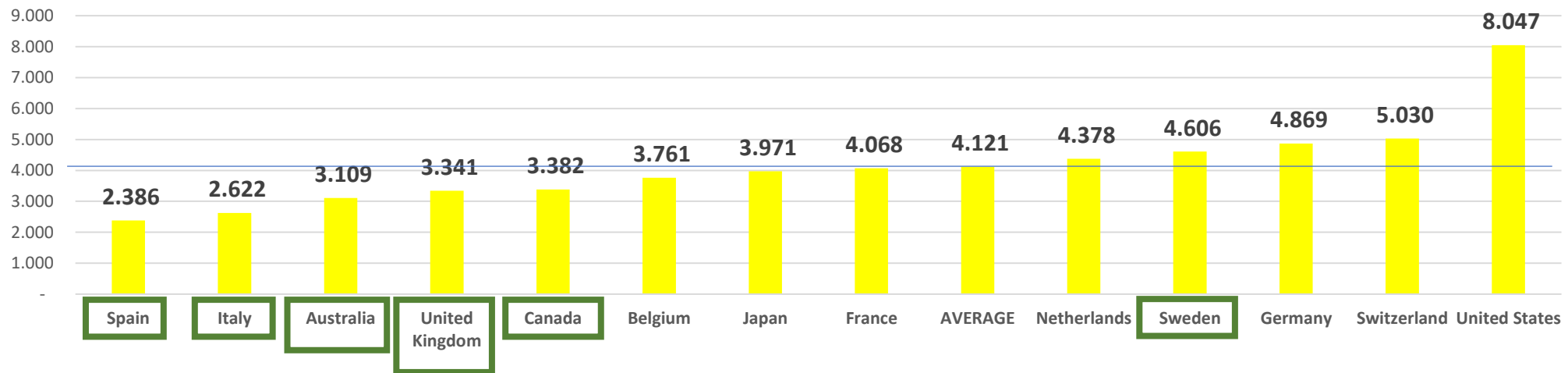


Figura 12. Relazione tra spesa sanitaria pubblica e privata pro capite (euro a parità di potere d'acquisto), 2017

Fonte: The European House – Ambrosetti, 2018

La spesa sanitaria pubblica pro capite è eccessiva?

Government and compulsory health insurance schemes, per capita expenditure, US\$ PPPs



- 21,5% (- 719 US\$ ppp) vs Regno Unito
- 35,5% (-1.446 US\$ ppp) vs Francia
- 40,1% (-1.756 US\$ ppp) vs Olanda
- 46,1% (-2.247 US\$ ppp) vs Germania
- 47,9% (-2.408 US\$ ppp) vs Svizzera
- + 9,9% (+ 236 US\$ ppp) vs Spagna

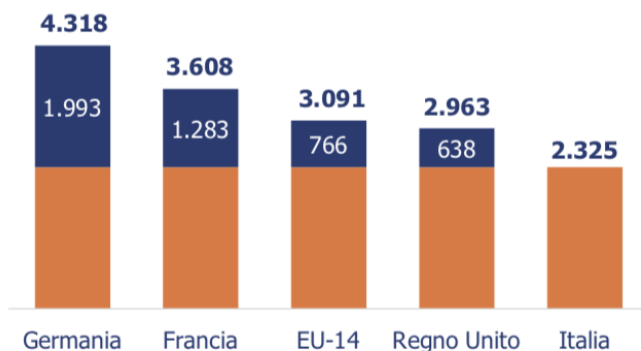
La spesa sanitaria pubblica pro capite inferiore del 36,4% (- 1.499 US\$ ppp) a quella media nell'insieme dei Paesi G12

Elaborazione su OCSE Data 2018

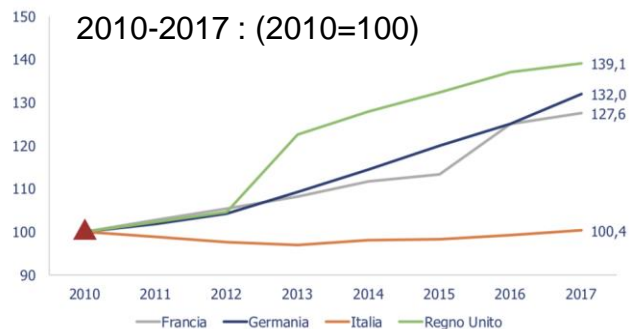
La spesa sanitaria pubblica pro capite cresce con ritmo troppo elevato?

Il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica pro capite è il più basso tra quello registrato nei Paesi del G12

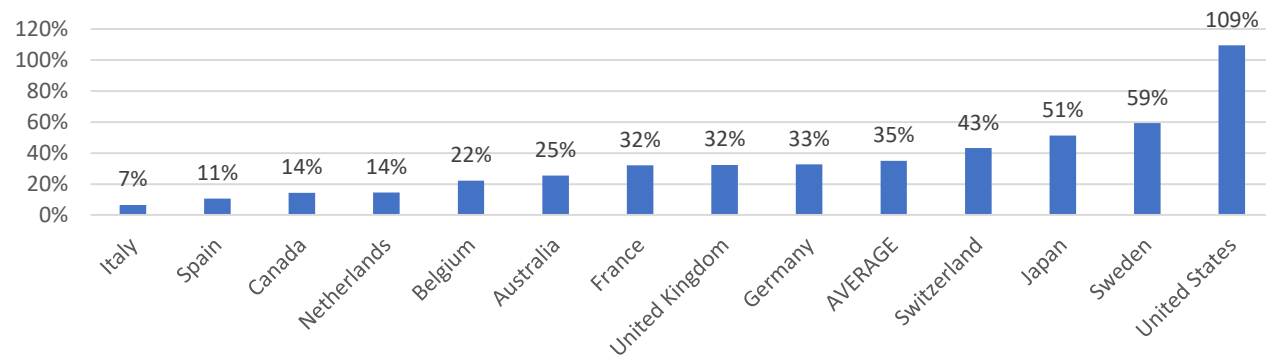
Spesa sanitaria pubblica pro capite 2017



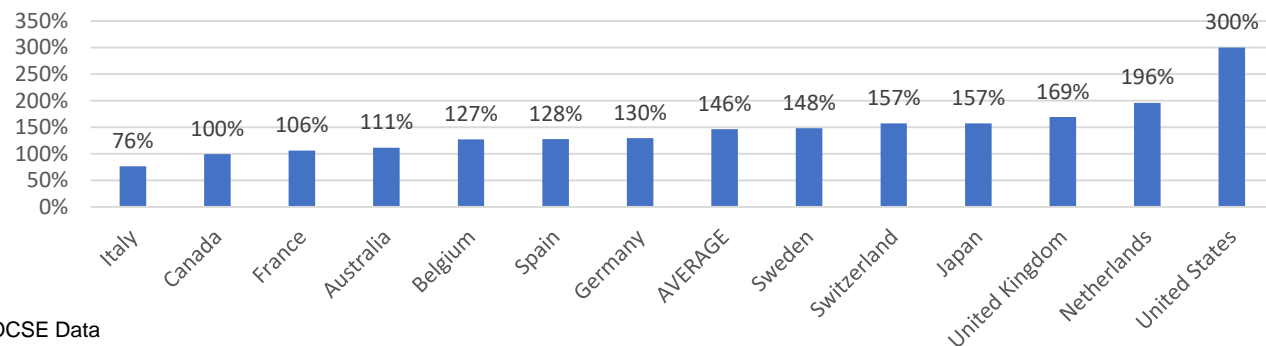
Fonte: The European House – Ambrosetti su dati OECD, 2018



Government and compulsory health insurance schemes, per capita expenditure US\$ PPP GROWTH 2017 - 2010



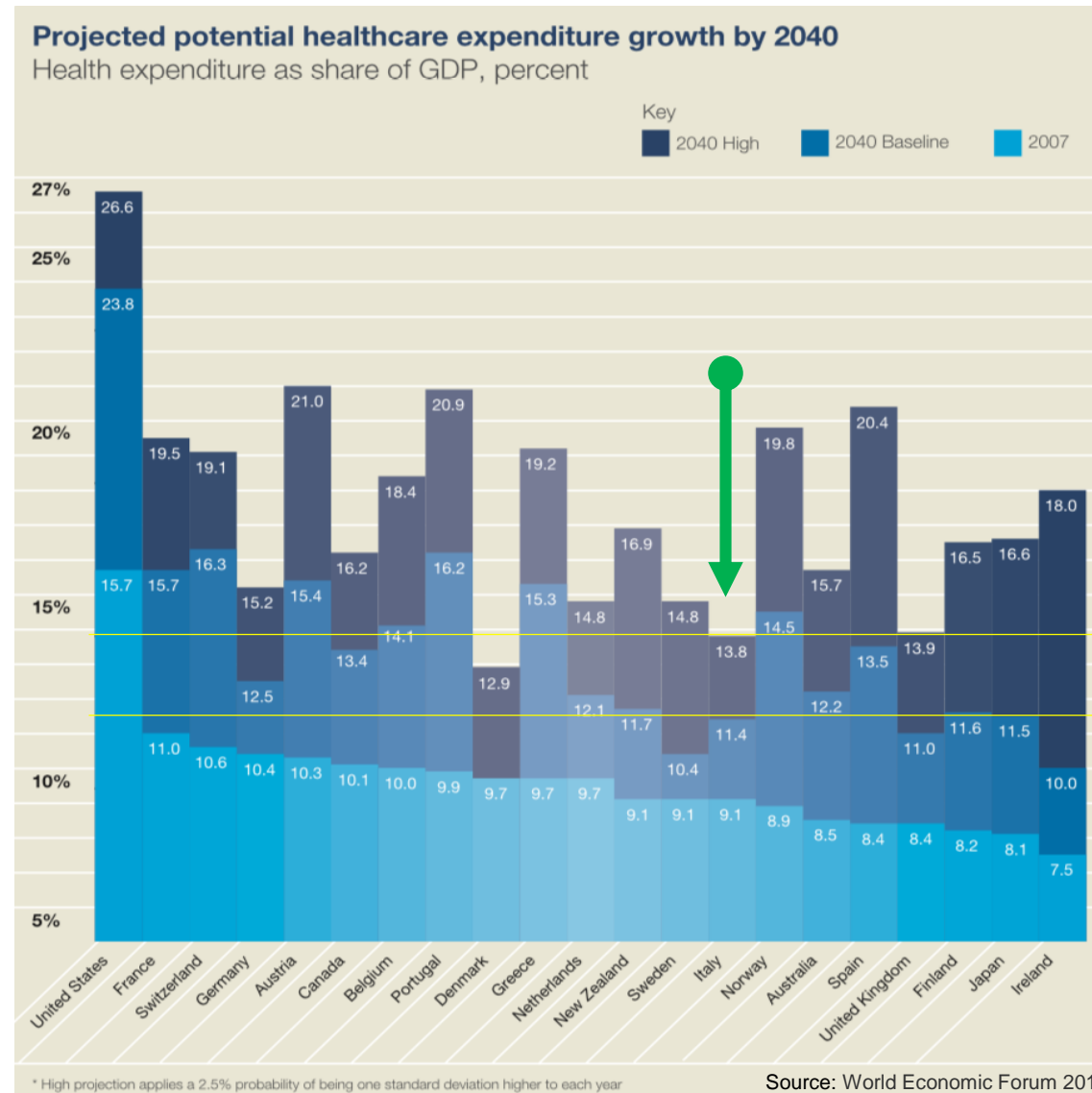
Government and compulsory health insurance schemes, per capita expenditure US\$ PPP GROWTH 2017 - 2000



Elaborazione su OCSE Data 2018

L'evoluzione della spesa prevista per il prossimo decennio?

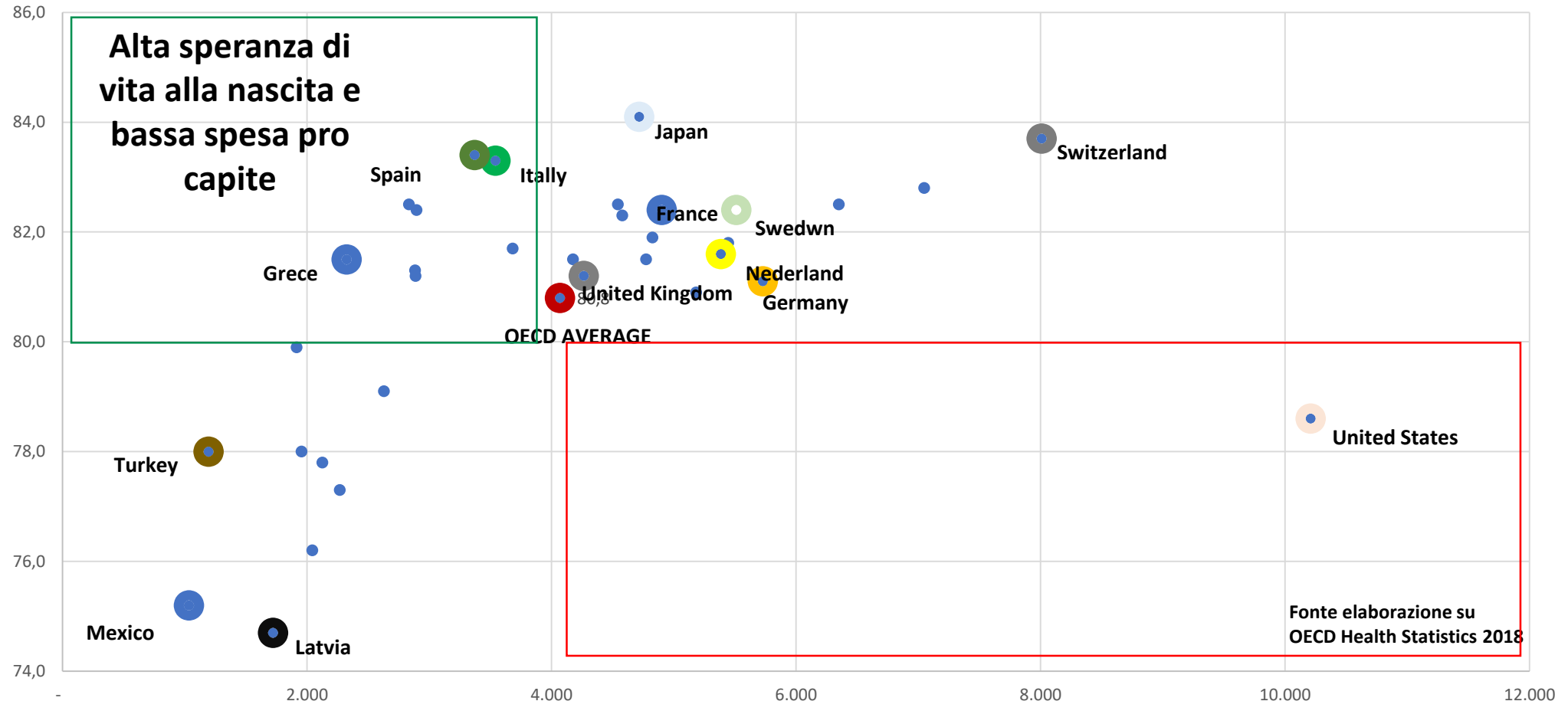
Le proiezioni al 2040 del World Economic Forum evidenziano per il SSN una spesa tra le più sostenibili



Le risorse investite presentano uno scarso rendimento in salute?

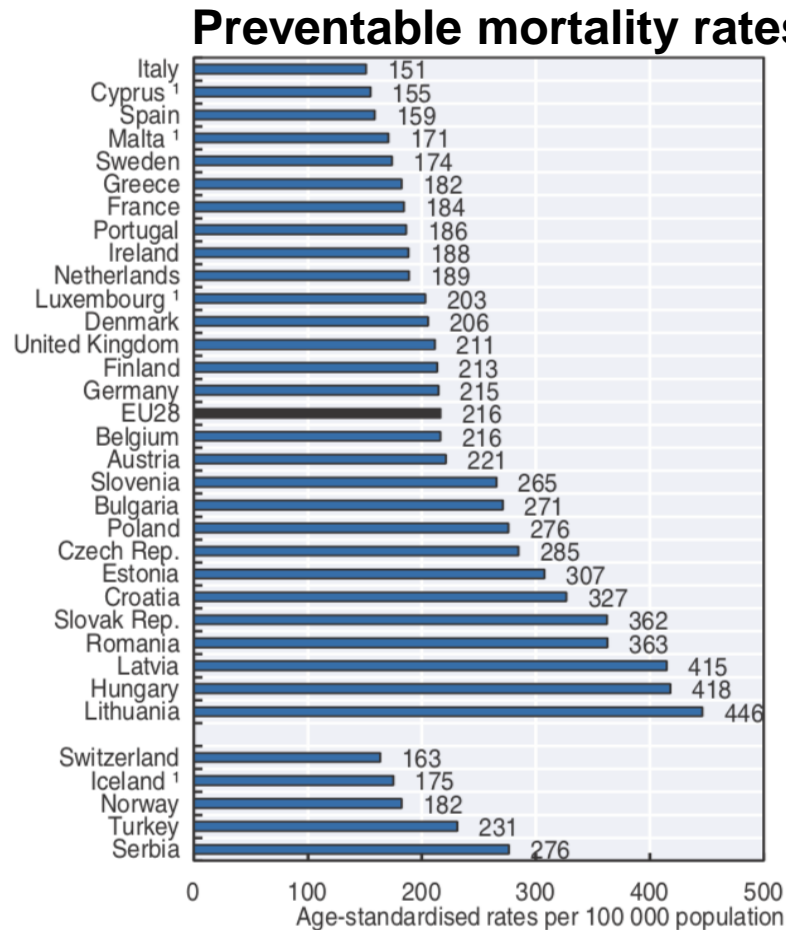
Spesa e risultati di salute

Life expectancy, Total population at birth, Years2016 (or nearest year) - current expenditure on health per capita US\$ PPP

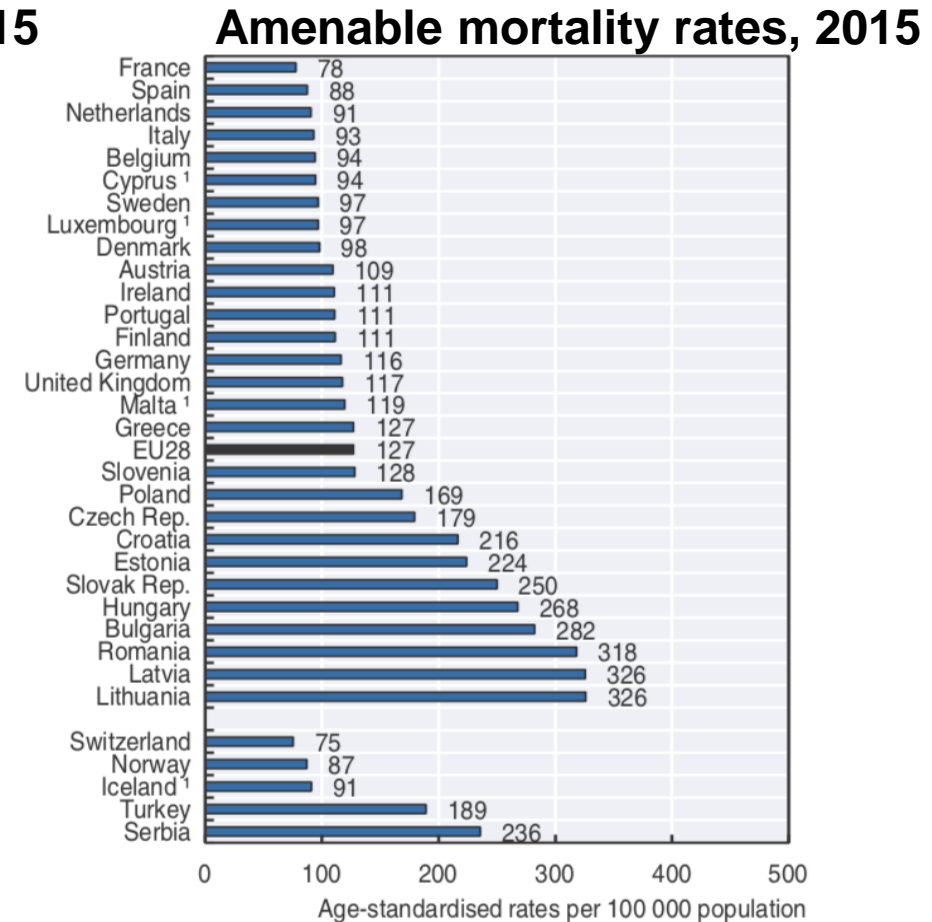


Le risorse investite presentano uno scarso rendimento in salute?

Spesa e risultati di salute



1. Three-year average (2013-15).
Source: Eurostat Database.



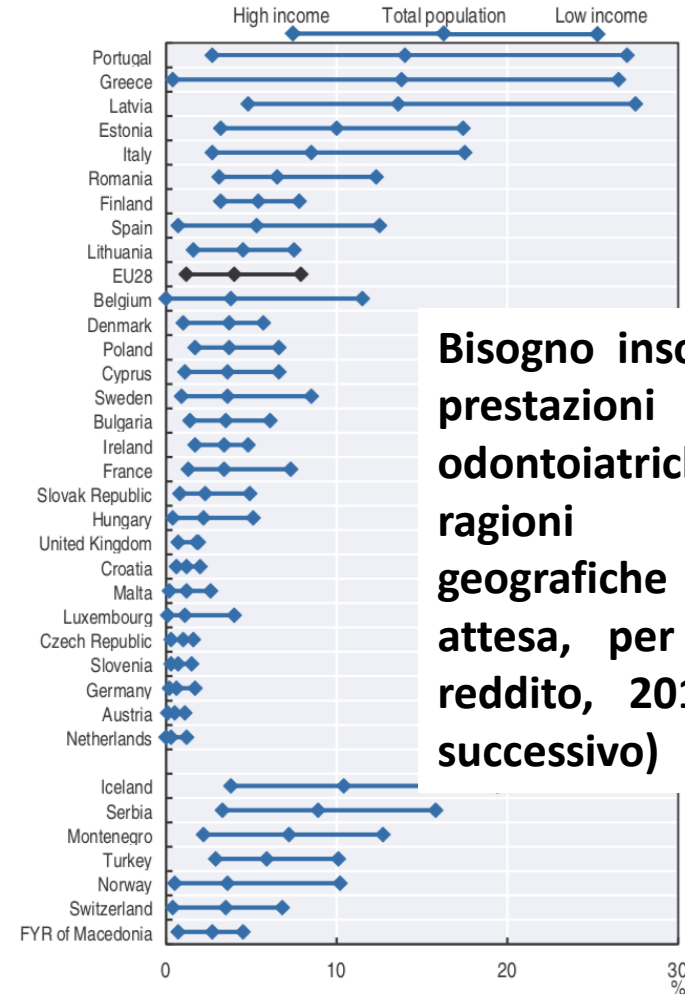
1. Three-year average (2013-15).
Source: Eurostat Database.

Le risorse investite sono equamente accessibili?

Differenze e diseguaglianze nella salute



Bisogno insoddisfatto di prestazioni sanitarie per ragioni finanziarie, geografiche o di tempo attesa, per quintile di reddito, 2016 (o anno successivo)



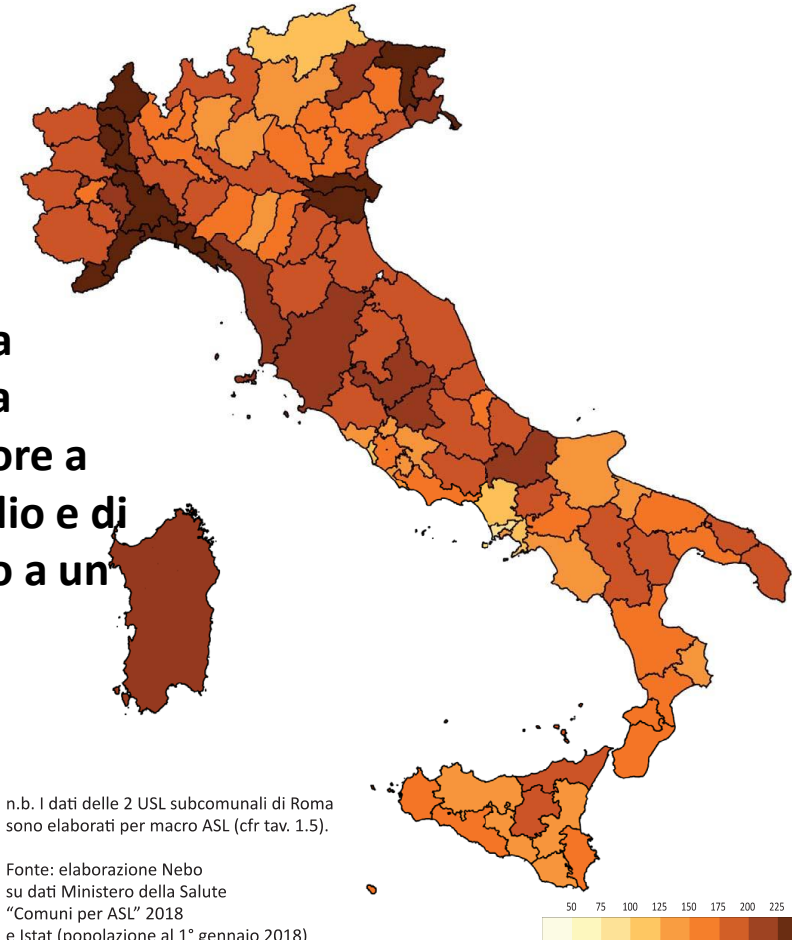
Bisogno insoddisfatto di prestazioni odontoiatriche per ragioni finanziarie, geografiche o di tempo attesa, per quintile di reddito, 2016 (o anno successivo)

Le risorse investite sono equamente accessibili?

Differenze e diseguaglianze nella salute

Speranza di vita (anni) e indice di vecchiaia 2018

Un cittadino campano ha un'aspettativa di vita alla nascita di 1,7 anni inferiore a quella di un italiano medio e di 2,7 anni in meno rispetto a un cittadino trentino



Regione	Sper. di vita*	Indice vecch.	ASL IV. minimo	ASL IV. massimo
Piemonte	82,6	201,3	173,7	256,4
Valle d'Aosta	81,9	176,0	176,0	176,0
Lombardia	83,2	162,2	140,3	195,8
P.A. Bolzano	83,4	122,8	122,8	122,8
P.A. Trento	83,8	149,7	149,7	149,7
Veneto	83,3	167,7	151,8	228,2
Friuli V. G.	82,8	212,9	174,1	257,6
Liguria	82,7	252,4	240,3	260,1
Emilia Rom.	83,2	180,1	145,5	251,7
Toscana	83,3	201,4	188,7	212,4
Umbria	83,3	199,3	183,6	222,0
Marche	83,4	191,3	191,3	191,3
Lazio	82,7	158,5	101,6	219,0
Abruzzo	82,8	187,6	174,9	197,3
Molise	82,6	211,2	211,2	211,2
Campania	81,1	125,2	90,1	181,9
Puglia	82,8	162,5	132,3	188,3
Basilicata	82,4	186,7	176,9	192,3
Calabria	82,3	158,4	130,7	170,6
Sicilia	81,8	149,3	130,7	181,4
Sardegna	82,6	202,7	202,7	202,7
Italia	82,8	168,9	90,1	260,1

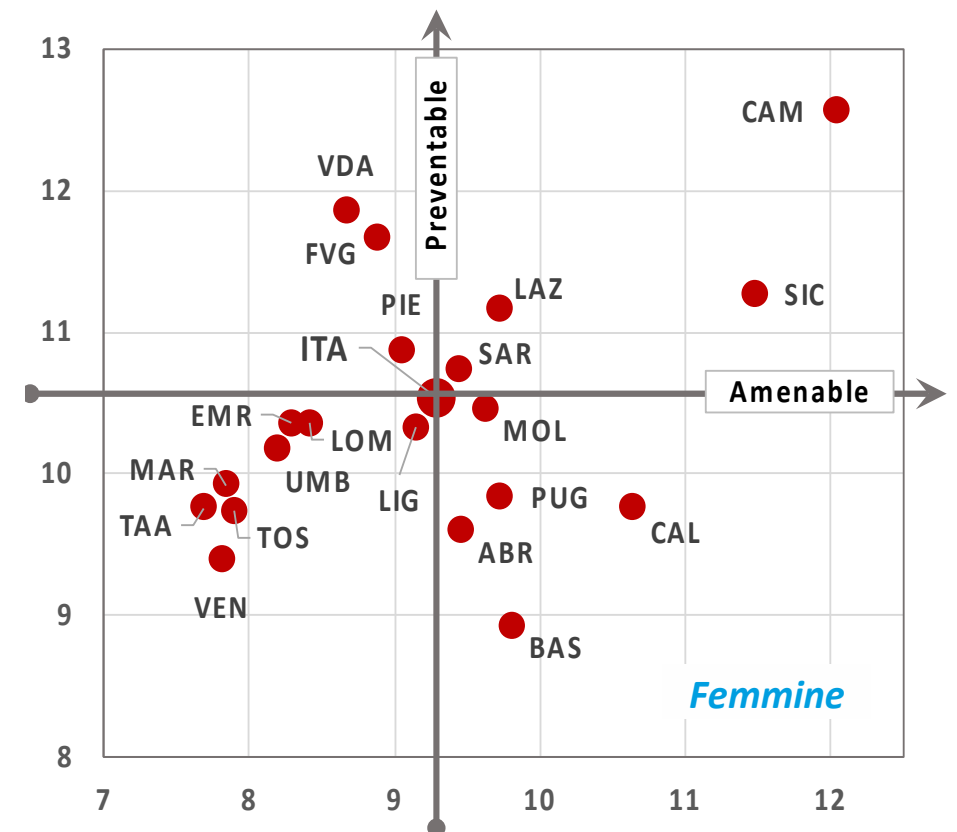
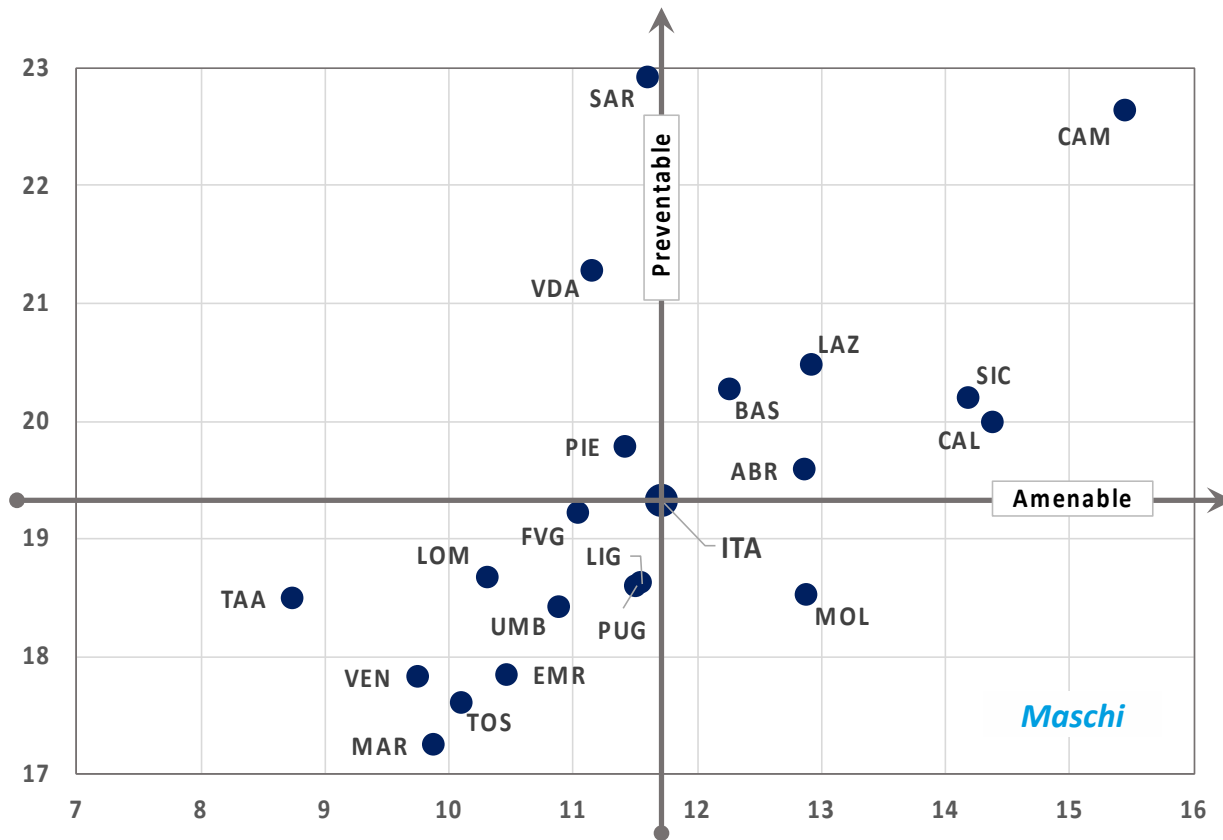
* La speranza di vita è aggiornata al 2016, ultimo anno disponibile.

Le risorse investite sono equamente accessibili?

Differenze e diseguaglianze nella salute

Giorni persi di pro capite
Il centro degli assi coincide con i valori della media nazionale

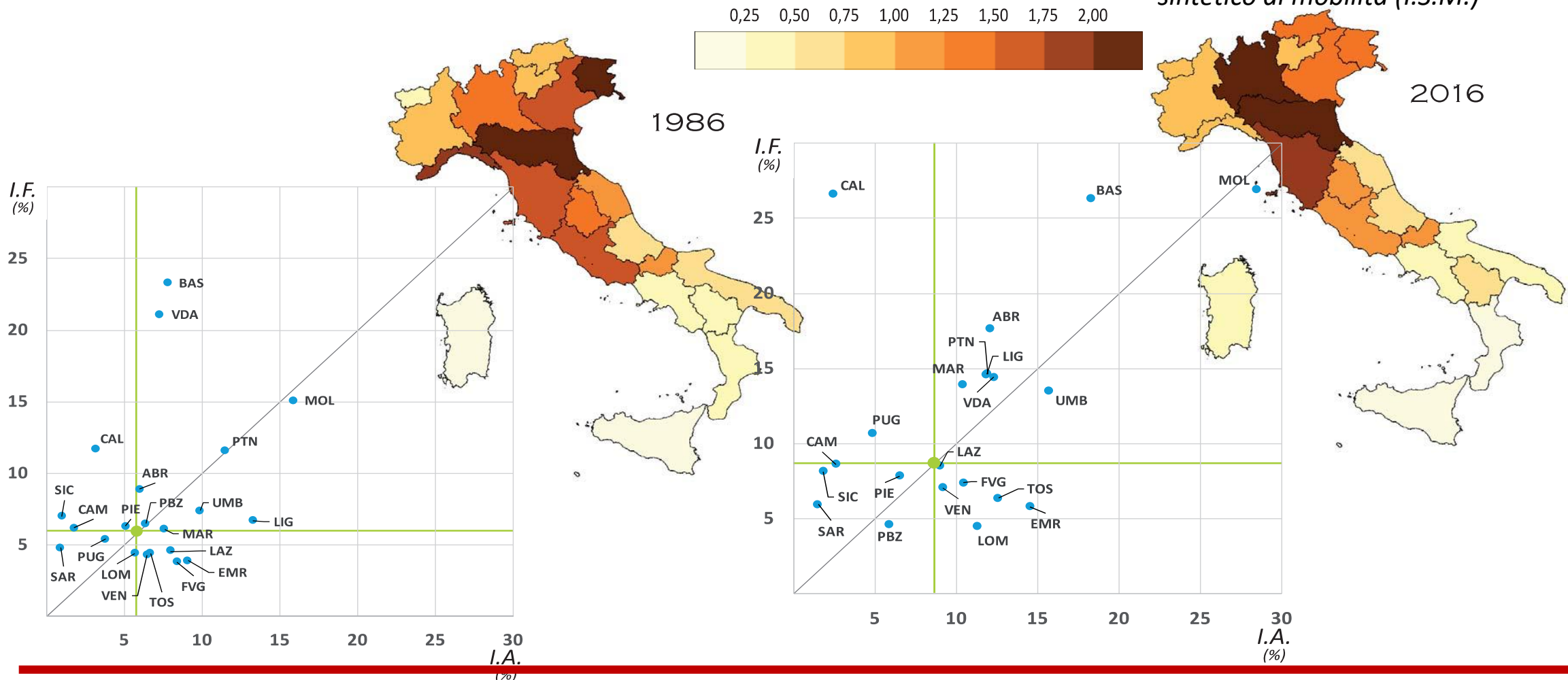
Mortalità per cause trattabili e prevenibili per regione e genere



Le risorse investite sono equamente accessibili?

Differenze nell'accesso ai servizi

Mobilità interregionale - Indice di attrazione (I.A.) vs indice di fuga (I.F.) e cartogrammi dell'indice sintetico di mobilità (I.S.M.)



Le risorse investite sono equamente accessibili?

Differenze nella spesa pro capite

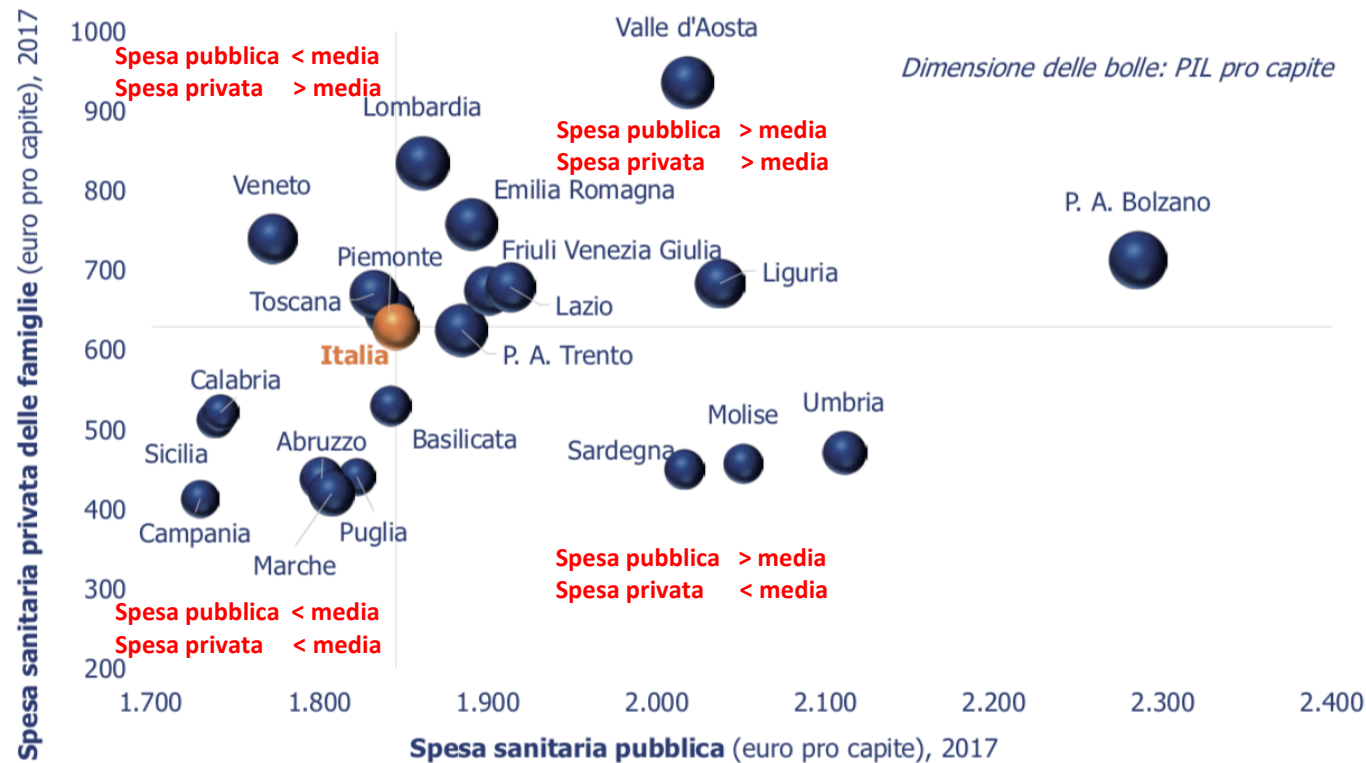
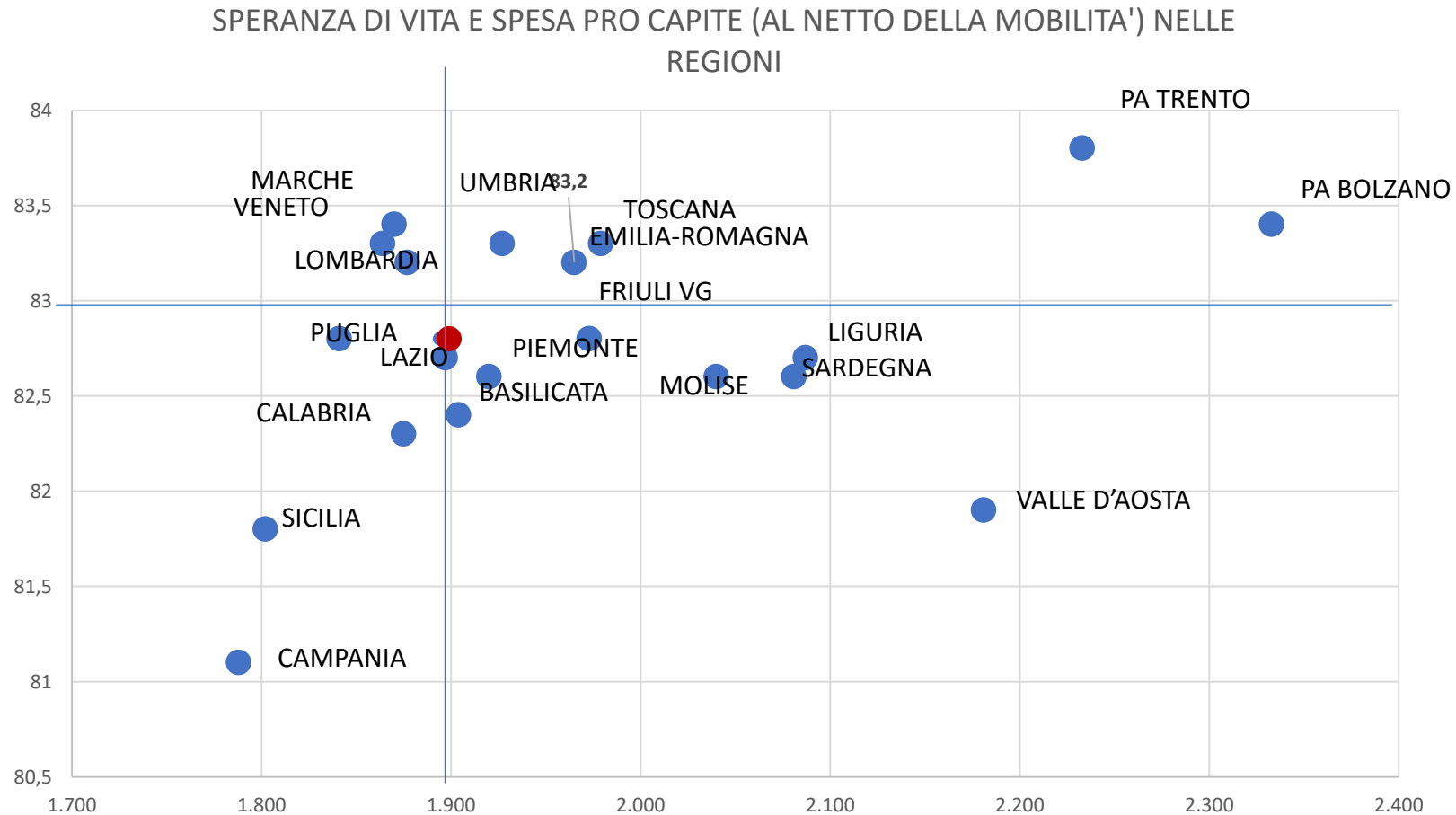


Figura 34. Relazione tra spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria privata delle famiglie e PIL nelle Regioni italiane (euro), 2017

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2018

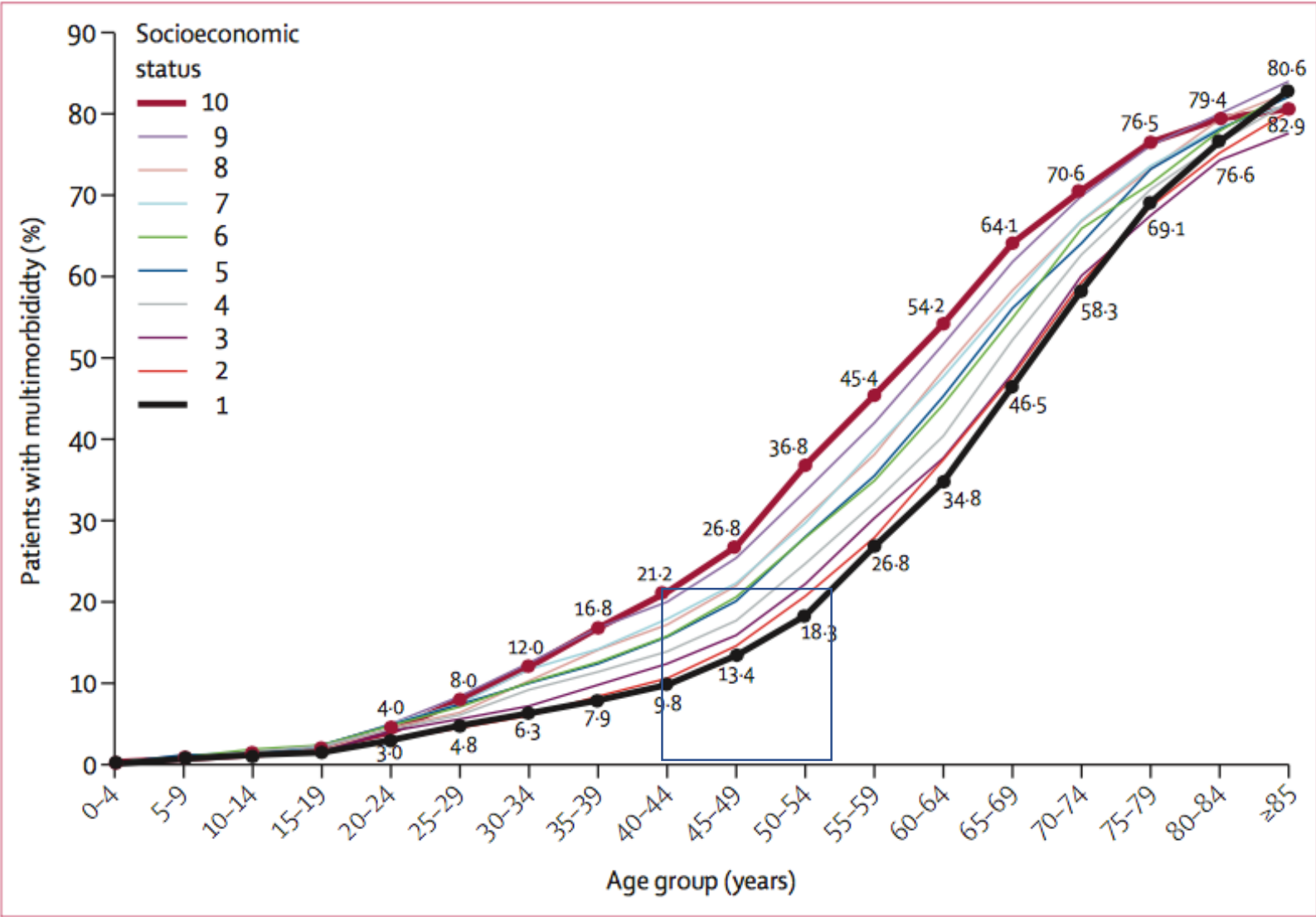
Diseguaglianze di salute nella spesa pro capite



Cronicità, Multimorbidity e non autosufficienza : una sfida di sistema

- **una questione di equità**, per l'associazione che caratterizza la presenza di malattie croniche, incluse le correlate conseguenze, e le determinanti sociali della salute della popolazione
- **una sfida alla qualità dell'assistenza**, perché le persone con una, o più, malattia cronica sono più suscettibili a cure non adeguate e agli effetti avversi da farmaci
- **un incentivo all'integrazione** in una visione della persona da assistere allargata al suo contesto di vita, di relazione e di sostegno, nella individuazione e nella messa in atto delle politiche, sociali e sanitarie, prioritarie ed appropriate.
- **un cambiamento di attitudine**, dall'attesa alla pro attività sui determinanti della salute che influenzano la cronicità

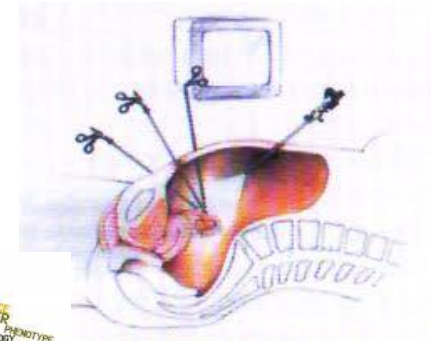
Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status



Innovazione



Farmaco genetica



Robotica



Sub specializzazione - interdipendenza

Qualità - Personalizzazione

Precisione

Efficienza

Prossimità

Costi

Sofisticazione



CUP



FSE



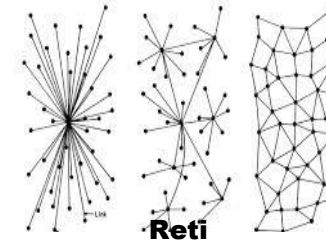
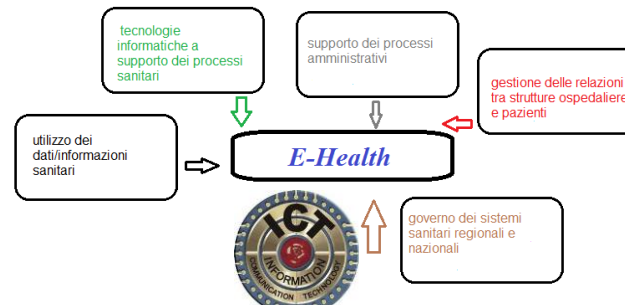
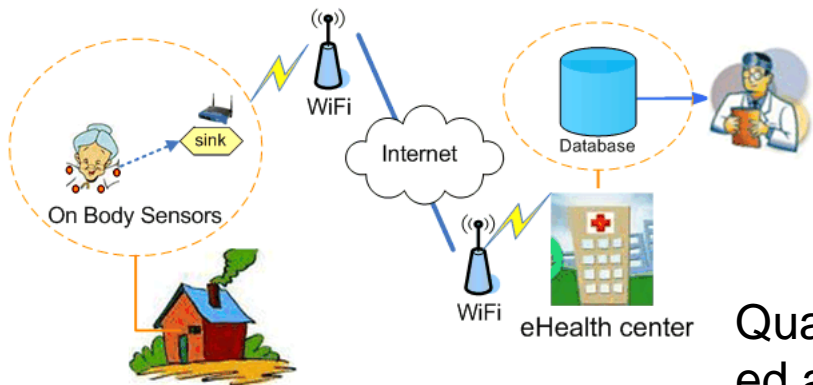
Certificati telematici



ePrescription



Telemedicina



Quando le nuove tecnologie sono integrate ai servizi sanitari in maniera efficace ed appropriata il valore aggiunto è superiore al costo sostenuto

Responsività, condizione di concorrenzialità del SSN

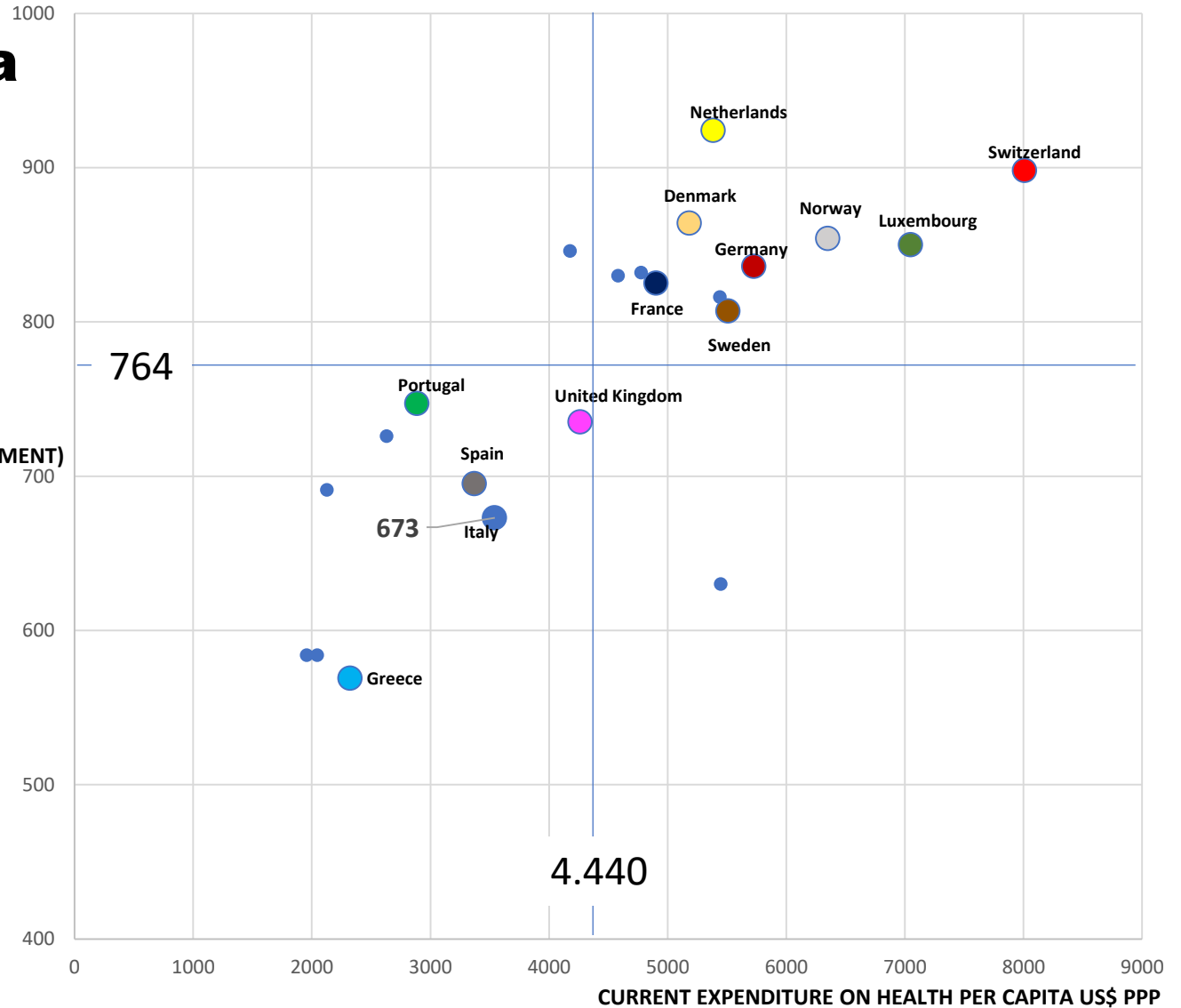


Responsività e spesa

EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2017 (Y) VS
CURRENT EXPENDITURE ON HEALTH PER CAPITA US\$ PPP (X) - OECD 2018

SCORE EHCI 2017

1. PATIENT RIGHTS & INFORMATION
2. ACCESSIBILITY (WAITING TIMES FOR TREATMENT)
3. OUTCOMES
4. RANGE AND REACH OF SERVICES PROVIDED
5. PREVENTION
6. PHARMACEUTICALS

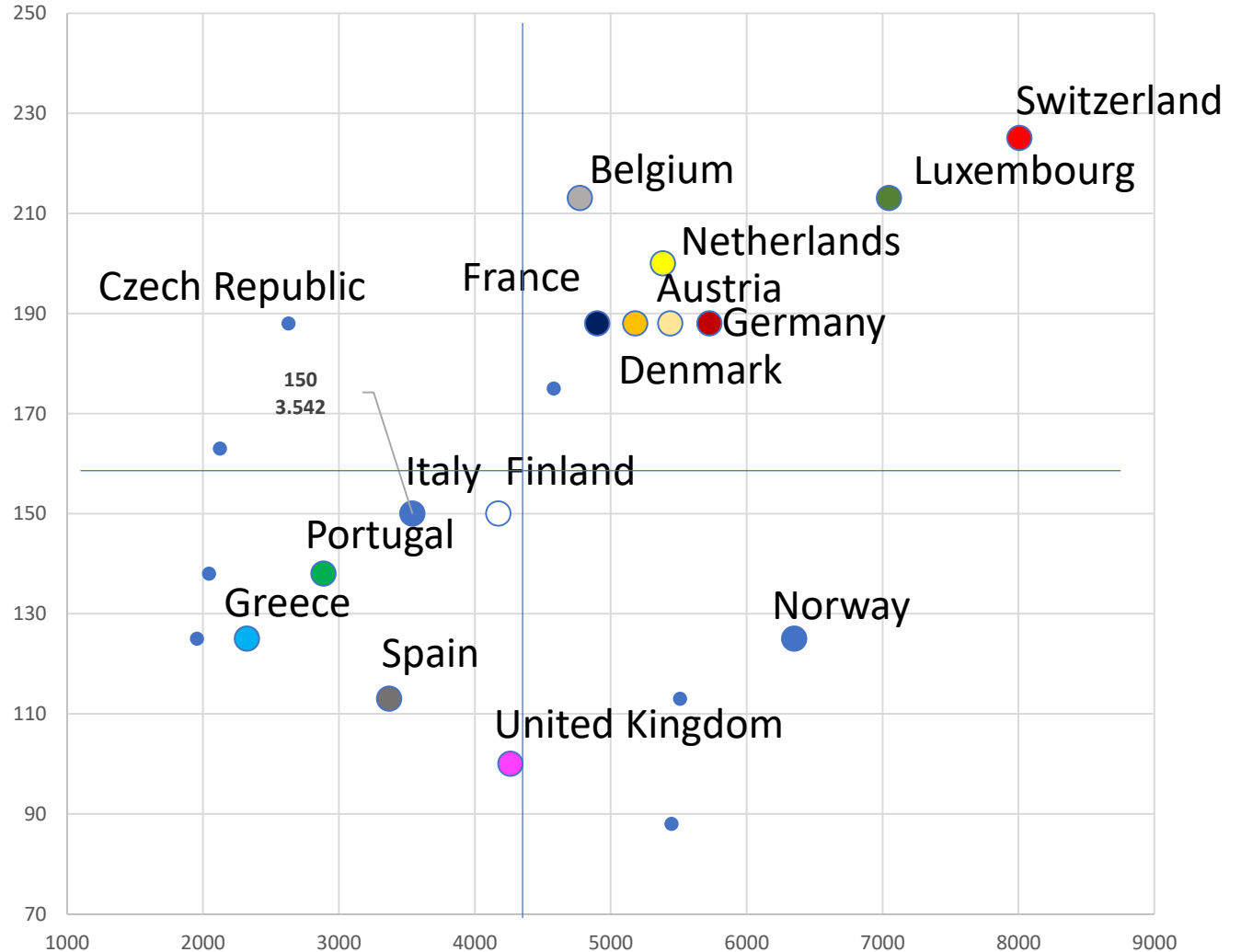


Responsività e spesa

ACCESSIBILITY - waiting times for treatment - EHCI 2017 (Y)
 CURRENT EXPENDITURE ON HEALTH PER CAPITA US\$ PPP 2017 (X) -
 OECD 2018

ACCESSIBILITY

1. FAMILY DOCTOR SAME DAY ACCESS
2. DIRECT ACCESS TO SPECIALIST
3. MAJOR ELECTIVE SURGERY < 90 DAYS
4. CANCER THERAPY < 21 DAYS
5. CT SCAN < 7 DAYS
6. A&E WAITING TIMES



La sostenibilità economica e finanziaria non è il problema principale e prioritario con cui deve confrontarsi il SSN.

I fattori maggiormente critici per la sostenibilità del SSN fanno riferimento all'equità (culturale, socio-economica e territoriale) nella salute, nel finanziamento e nell'accesso ai servizi, ed alla responsabilità.

la sostenibilità economico-finanziaria rimane una sfida permanente da perseguire con l'innovazione (nel paradigma, nell'organizzazione e produzione dei servizi e nel sistema tecnico) e non può essere presa a pretesto per un ineluttabile e scarsamente ponderato cambiamento nei livelli di copertura assicurati e nelle modalità di finanziamento

L'approccio alla sostenibilità che si esaurisce nella dimensione finanziaria finisce per essere un pretesto per raccomandare l'aumento del finanziamento privato ed è il primo ostacolo alla realizzazione dei cambiamenti (nel finanziamento, nell'organizzazione dei servizi, nella programmazione e nella regolazione delle professioni) necessari per massimizzare la sostenibilità del SSN.

Sono necessarie scelte che non possono che fare riferimento a giudizi di valore rispetto a ciò che riteniamo auspicabile per la nostra società.

Scelte che riposano su valori (solidarietà, equità, giustizia sociale, libertà,..) che non possono essere evitati con gli argomenti dell'efficienza e della sostenibilità finanziaria.

Il problema non è quello di sapere ciò che occorre fare, ma quello di creare le condizioni per mettere in atto ciò occorre fare.

Fattori chiave nell' aumento delle spese per l'assistenza sanitaria

Dal lato della domanda:

- invecchiamento della popolazione
- esplosione delle malattie legate allo stile di vita
- aumento delle aspettative pubbliche
- manca di consapevolezza del valore tra i consumatori sanitari

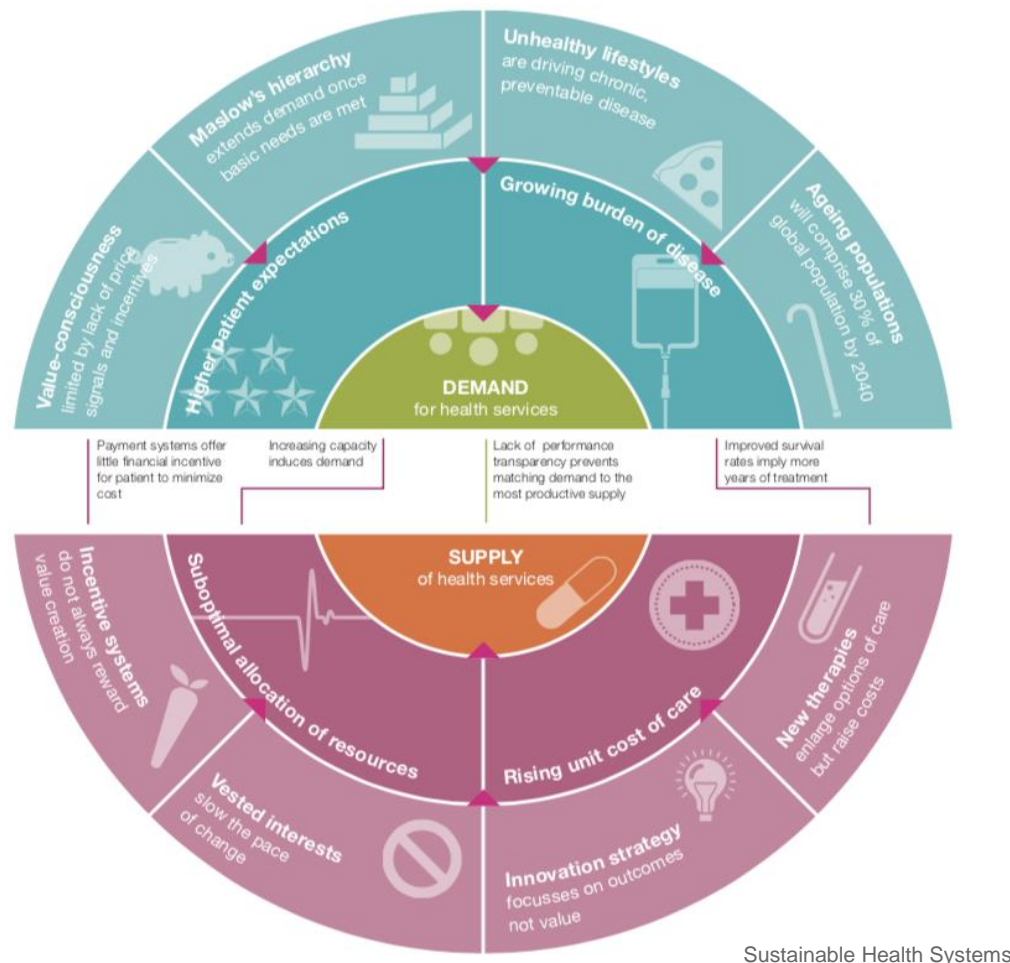
Dal lato dell'offerta

Aumento del costo delle cure e strategie innovative che non sempre si concentrano sul valore in salute prodotto per i costi sostenuti, sia per la persona sia per la collettività.

Insufficiente capacità di allocare le risorse in un sistema di assistenza sanitaria spesso chiuso al cambiamento (a causa di interessi acquisiti), e una struttura di incentivi che non sempre premia la creazione di valore.

Feedback inefficaci tra domanda e offerta

- manca di trasparenza riguardo sul valore dei servizi forniti
- manca di incentivi ad agire in base al valore anche quando sono disponibili dati al riguardo.



Condizioni che richiedono l'abbandono di un approccio contingente e reattivo che genera risposte guidate da ciò che domina la scena politica del momento, spesso incoerenti e strumentali ad altri non dichiarati fini, piuttosto che dalla prospettiva dei cambiamenti necessari a migliorare la sostenibilità del SSN.

Condizioni che necessitano di una “prospettiva” credibile

distinguere le tattiche congiunturali a breve termine, finalizzate a ridurre le spese, con le strategie a medio termine che perseguono una riorganizzazione capace di agire su tutte le dimensioni del sistema (risultati di salute, responsività, qualità della vita e sostenibilità nel tempo) e che hanno una prospettiva che richiede un lungo periodo prima di fornire risultati apprezzabili

da troppo tempo c'è molto delle prime e poco delle seconde

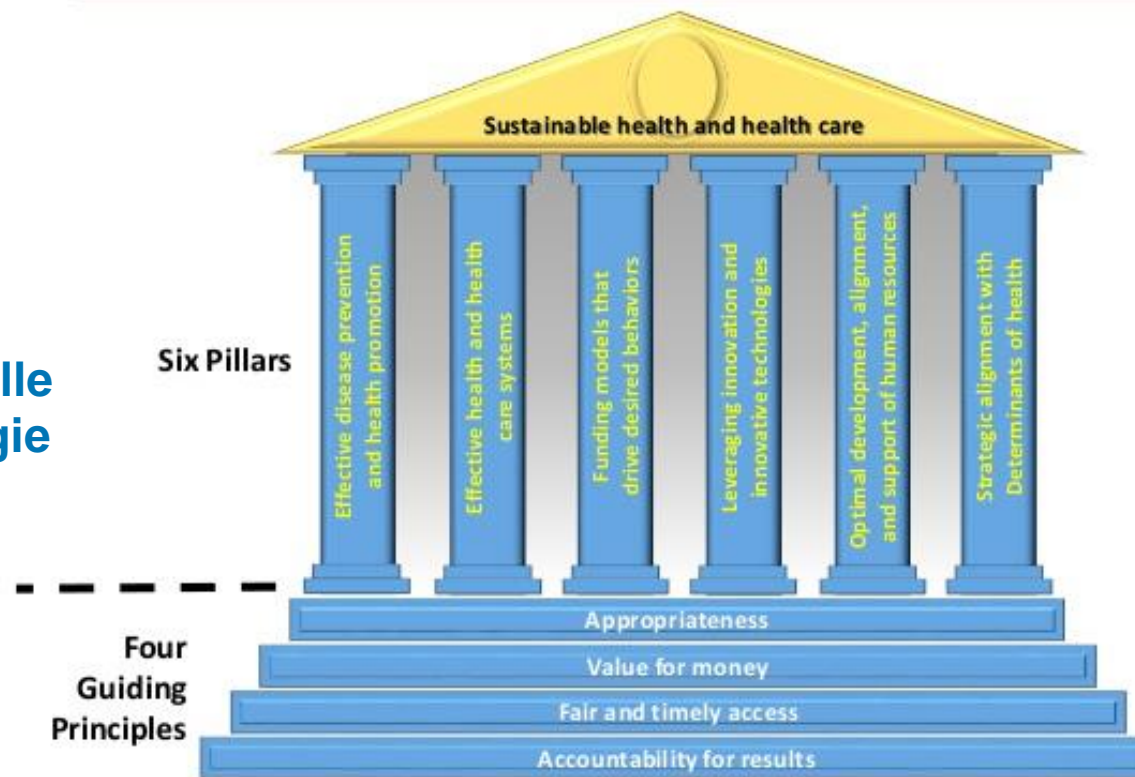
C'è sostanziale consenso internazionale sul fatto che un sistema sanitario economicamente sostenibile debba caratterizzarsi per

- ❖ una buona governance, inclusiva e capace di garantire una selezione competitiva delle priorità;
- ❖ un paradigma di riferimento per l'organizzazione dei servizi di tipo bio-psico-sociale e non più esclusivamente biomedico;
- ❖ la capacità di conciliare tutte le fasi degli interventi dei servizi (promozione-prevenzione, cura, riabilitazione) centrandoli sulla persona;
- ❖ l'adozione di un approccio proattivo sviluppando le cure e l'assistenza primaria;
- ❖ la qualità e la sicurezza delle cure;
- ❖ la massimizzazione del valore e la minimizzazione degli sprechi.

i fattori da equilibrare si modificano nel tempo => visione strategica e attitudine all'innovazione

Framework for Sustainable Health and Health Care

Approfittare delle nuove tecnologie

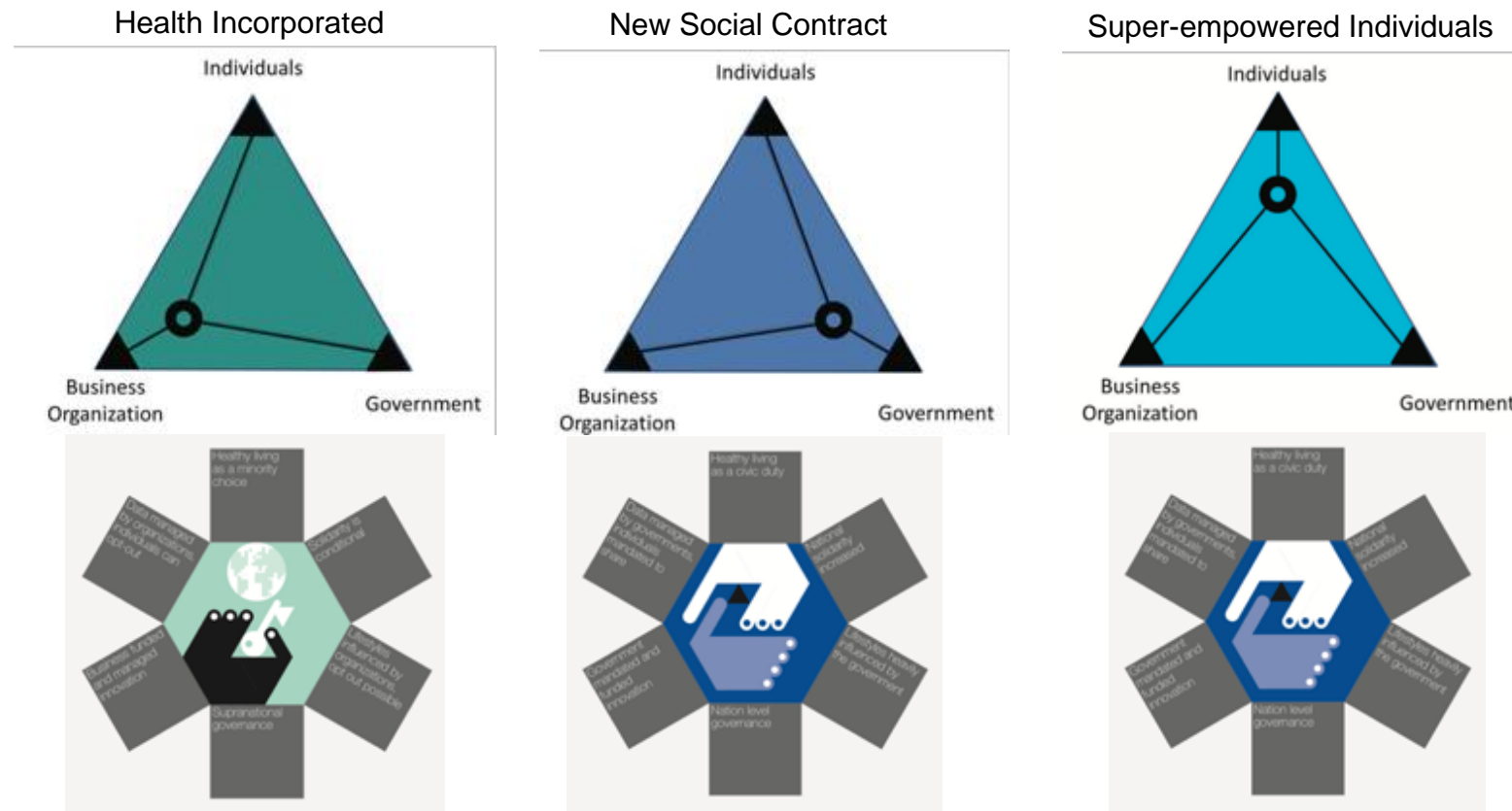


Disponibilità di risorse umane e professionali adeguate, quantità e grade-skill mix

Prada, Gabriela, Kelly Grimes, and Ioulia Sklokin. *Defining Health and Health Care Sustainability*. Ottawa: The Conference Board of Canada, 2014. http://www.conferenceboard.ca/temp/10c2f6f4-6f74-4db1-b9ae-6f8995536c96/6269_defininghealth_cashc_rpt.pdf

Quale atteggiamento verso la solidarietà? - la volontà degli individui di condividere i rischi per la salute della popolazione

Three scenarios for future health systems



Quale finanziamento e quale approccio per garantirne la sostenibilità

Per assicurare

- la protezione finanziaria universale contro i rischi finanziari associati a problemi di salute
- una distribuzione equa dell'onere del finanziamento del sistema
- un uso e una fornitura di servizi equa e basata sui bisogni

(1) aumentare le entrate pubbliche fino al punto in cui la copertura da garantire possa essere soddisfatti;

(2) ridurre la copertura pubblica sino a renderla compatibile con le disponibilità finanziarie esistenti (o previste) con trasferimento/allargamento alla copertura privata

- Qualità non clinica (responsività)
- % popolazione coperta - inclusività
- % di spesa coperta – profondità
- gamma delle prestazioni - larghezza

3) migliorare la capacità del sistema sanitario di convertire le risorse in valore.

Lo sviluppo del secondo pilastro privato può essere una soluzione alla sostenibilità finanziaria?

I fautori dello sviluppo del secondo pilastro sostengono:

che consentirebbe di rendere finanziariamente compatibile la crescita inevitabile della spesa sanitaria, perché offrirebbe un'ulteriore fonte di finanziamento e perché consentirebbe di contenere la crescita della spesa pubblica.

che consentirebbe di migliorare la responsività del sistema pubblico, che risulterebbe decongestionato di quella quota parte di coloro che ricorrono alle prestazioni al canale dei provider dell'assicurazione, e ridurrebbe la spesa privata dei cittadini

le evidenze sull'introduzione e la promozione incentivata di un secondo pilastro privato non sono incoraggianti

- ❖ non aiuta a risolvere i problemi strutturali della sanità
- ❖ non riduce la spesa sanitaria complessiva e, a parità di spesa, sottrae risorse dai servizi alla persona per compensare i maggiori costi amministrativi.
- ❖ non riduce la pressione sulla necessità di risorse economiche del settore pubblico
- ❖ non si accompagna a miglioramenti di efficienza allocativa e produttiva nel settore pubblico
- ❖ amplifica le iniquità, perché i due sottosistemi danno a vita a flussi di consumo e di spesa che, per definizione sono limitate agli aderenti e non riguardano tutta la popolazione
- ❖ riduzione della capacità di socializzazione dei rischi e della capacità di negoziare con i produttori per frammentazione dei terzi paganti
- ❖ la forma sostitutiva o additiva a quella pubblica aumenta le disparità, i consumi e la spesa sanitaria, sia quella privata che quella pubblica

lo sviluppo del secondo pilastro privato non sembra essere in grado di migliorare la sostenibilità finanziaria e, al contrario, peggiora la sostenibilità economica

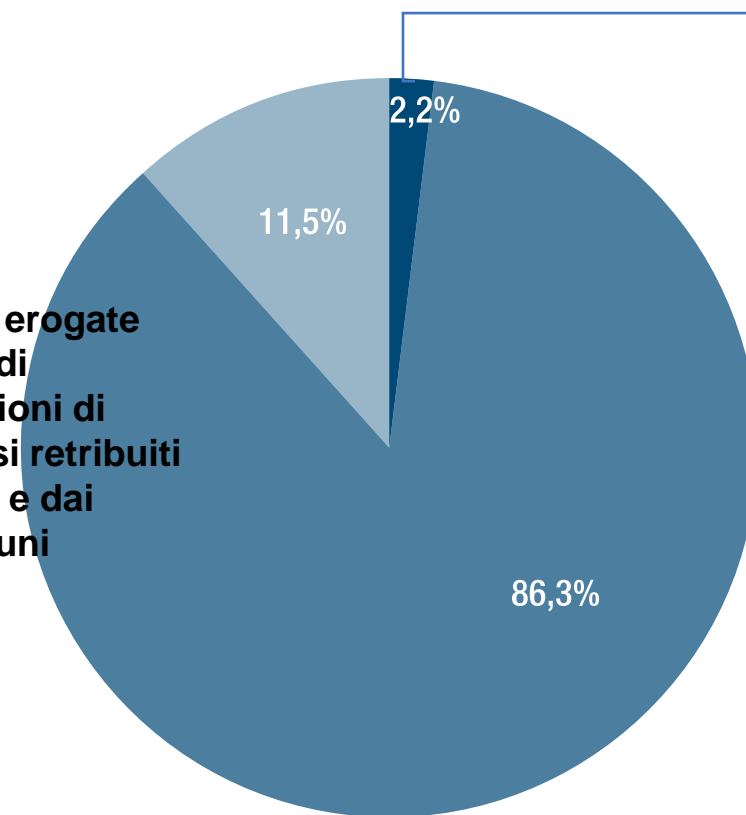
deve essere sottoposto ad una attenta valutazione di opportunità, prima di essere promosso e pubblicamente sostenuto per il tramite della spesa fiscale.

Verificare l'opportunità di estendere il perimetro del finanziamento

Spesa sociale per

Nel 2016: € 26,7 mld. di spesa sociale per LTC a soggetti non autosufficienti.

provvidenze economiche erogate dall'INPS quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e dai voucher. erogati dai Comuni



assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari di competenza comunale

■ Spesa pubblica per prestazioni in natura ■ Spesa pubblica per prestazioni in denaro ■ Spesa privata per badanti

Garantire un alto valore deve essere l'obiettivo generale del servizio sanitario, aumenta il costo opportunità e la sostenibilità economica del sistema sanitario

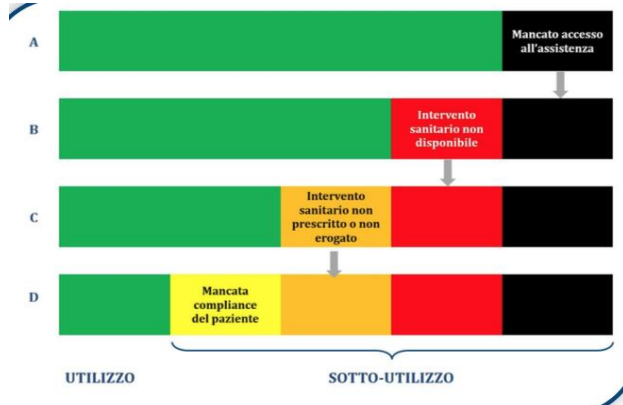
- **Valore allocativo** – assegnare le risorse a interventi/gruppi che massimizzano il valore per la popolazione
- **Valore tecnico:** assicurare che le risorse siano utilizzate in modo efficiente ed efficace, riducendo al minimo gli sprechi e i danni evitabili nel fornire assistenza.
- **Valore per il destinatario:** garantire che le decisioni siano basate sulle cose che contano per il singolo paziente

Uso «eccessivo», sottoutilizzo, sprechi



Si parla di sprechi quando

sotto-utilizzo



I pazienti non ricevono le buone cure

Duplicazione di esami o di cure

Cure a basso valore: non efficaci, somministrate al di fuori delle raccomandazioni cliniche o non considerando sufficientemente le preferenze o i costi inefficaci

Eventi avversi evitabili

Gli stessi risultati sono Ottenibili con una spesa inferiore

Beni inutilizzati

Beni e servizi dal costo eccessivo

Utilizzo senza ragione di risorse costose

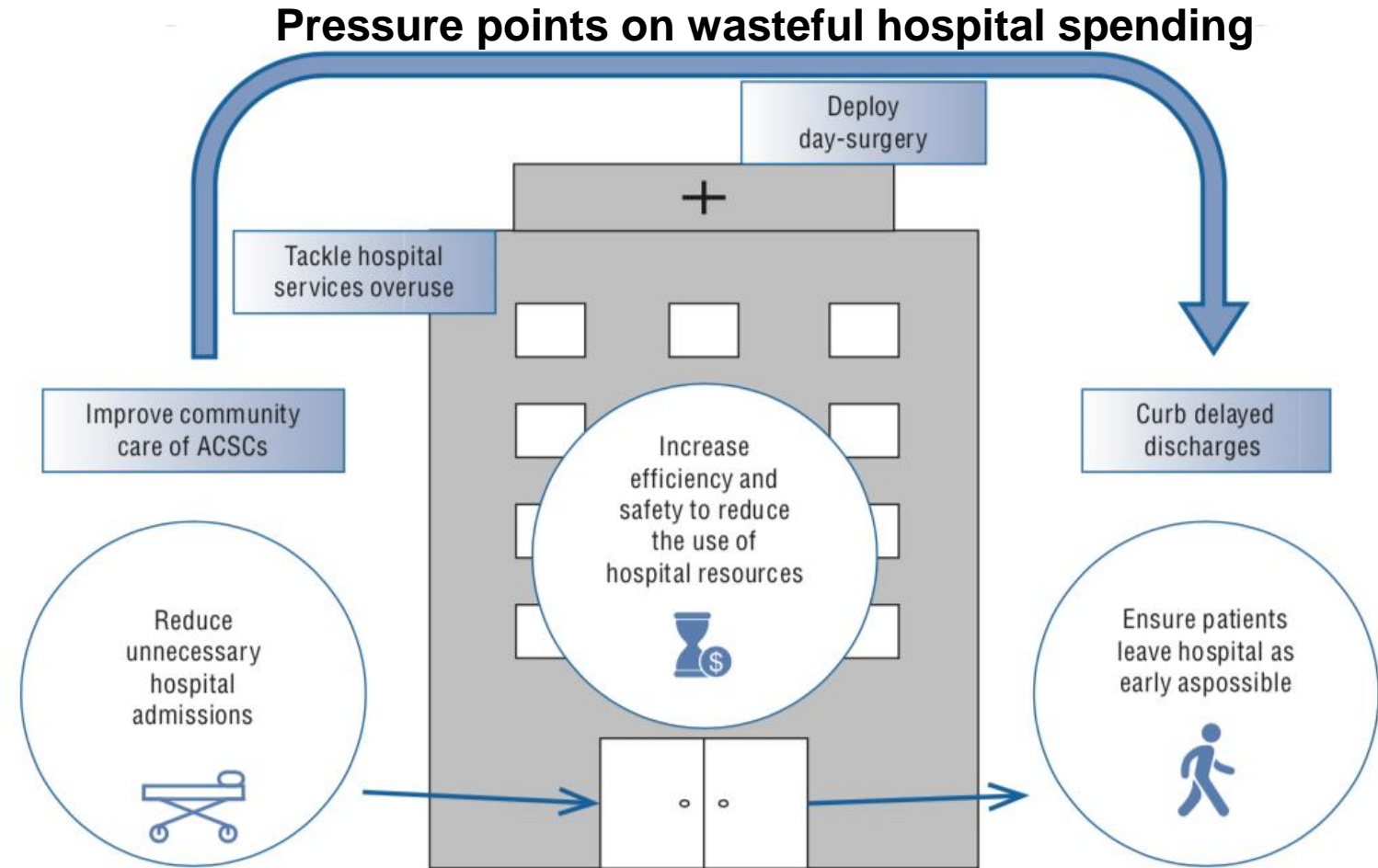
Le risorse distolte dalla produzione delle cure sono eccessive

Sprechi amministrativi

Abusi, frodi, corruzione

Gli ospedali rappresentano una parte integrante ed essenziale di qualsiasi sistema sanitario funzionante, ma spesso sono la parte più costosa.

In molti casi, le risorse consumate negli ospedali possono essere utilizzate in modo più efficiente.

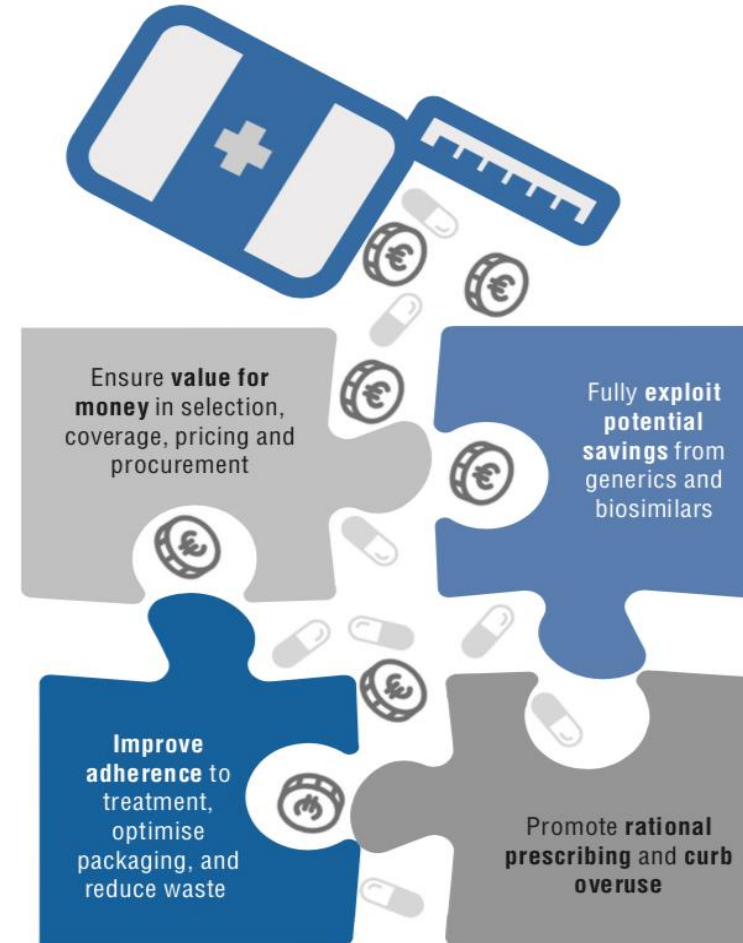


Ridurre al minimo gli sprechi e ottimizzare il valore derivante dalla spesa per i prodotti farmaceutici è fondamentali per sistemi sanitari efficienti e sostenibili.

Possible approaches to reducing wasteful spending on pharmaceuticals

una combinazione di leve

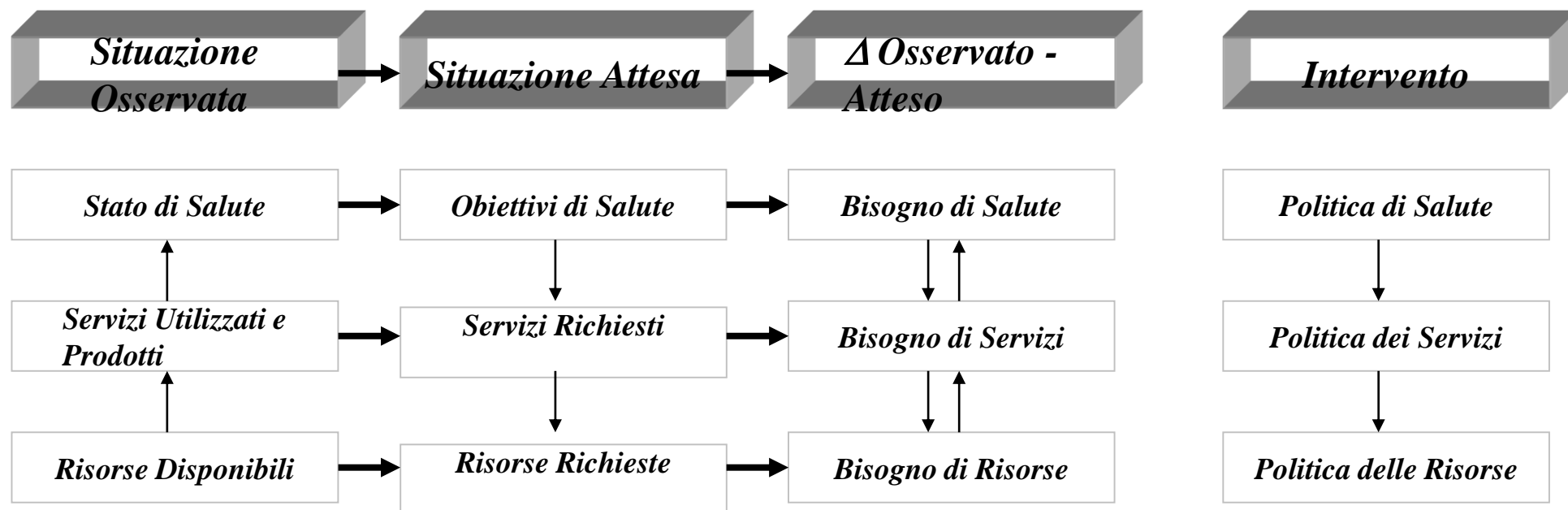
- ❖ Valutare il rapporto qualità-prezzo nella selezione e nella copertura, nell'approvvigionamento e nella determinazione dei prezzi dei farmaci;
- ❖ sfruttare il potenziale di risparmio da generici e biosimilari;
- ❖ incoraggiare la prescrizione e l'uso razionali;
- ❖ migliorare l'aderenza al trattamento.



HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2018 © OECD/EUROPEAN UNION 2018

Recuperare la capacità di programmazione strategica

il miglioramento dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi e l'ottimizzazione nell'uso delle risorse (natura, formazione, quantità, fonti di finanziamento) sono obiettivi necessari ma secondari e strumentali all'obiettivo primario di promuovere, mantenere e ripristinare la salute



Riorganizzare i servizi

nel duplice obiettivo di

modificare la loro logica di funzionamento, ancora essenzialmente impostata sul servizio da produrre piuttosto che sul destinatario da assistere e curare

trasformare il consumo da parte della popolazione, attraverso interventi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e una effettiva presa in carico proattiva e pluridisciplinare della cronicità

tipo bio-psico-sociale e non più esclusivamente biomedico;

Trasformare il sistema dei servizi concepito e ancora essenzialmente strutturato su un modello epidemiologico che non corrisponde ai bisogni attuali

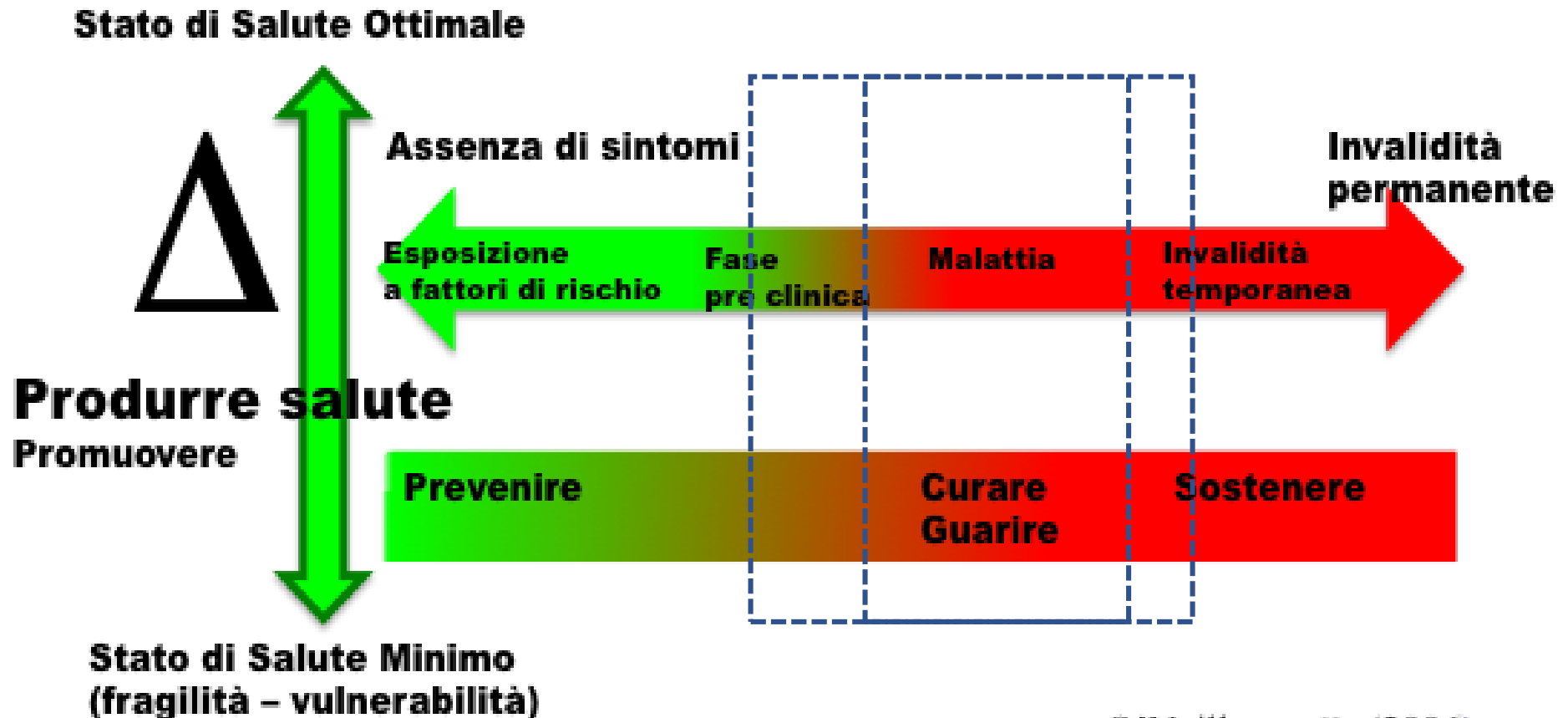
- **Adottare una strategia che non rinunci all'eccellenza nella gestione dell'acuto, ma la integri e la completi** per rispondere in modo adeguato ai bisogni del malato cronico
- **Allargare la visione, dalla malattia** e dai suoi sintomi **alla** considerazione globale della **persona** sotto l'aspetto sociale e funzionale
- **Superare l'approccio di guarigione degli episodi** per un approccio integrato e coordinato, internamente ed esternamente al sistema di cura per assicurare continuità nell'erogazione dell'assistenza
- **Assicurare flessibilità e adattabilità nel tempo** in funzione all'evoluzione dello stato di bisogno

Realizzare un sistema socio-sanitario senza muri, inclusivo

con una struttura che favorisca il decentramento, la presa in carico tempestiva, continua e globale del bisogno delle persone, che supporti e promuova la cooperazione, che incoraggi l'innovazione.

Un sistema sempre meno diviso, segmentato e frammentato dotato di una struttura che gli permetta di riorganizzarsi in permanenza
In sistema capace di distinguere le specificità organizzative dei diversi servizi

Capace di conciliare la logica di produzione di salute con la logica di cura delle malattie



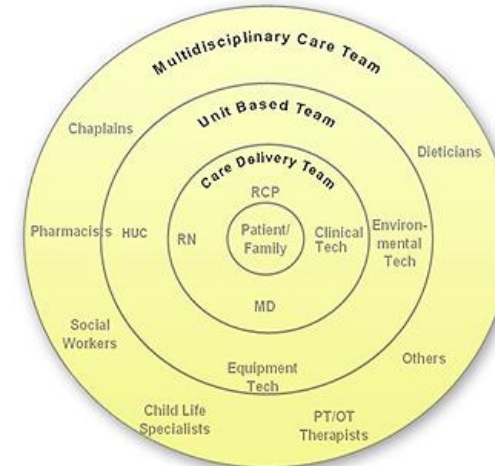
Adattato da O'Neill et coll. (2006)

Centrato sulla persona da assistere

diversità di cure in funzione della persona e non solo della malattia

Cure integrate
Coordinamento delle cure
Appropriatezza
Ricorso all'uso della cybersalute
Comunicazione chiara ed affidabile, comodità,
Rispetto,
Empatia e comprensione, tempo
Continuità
Stabilità
Equità

Vantaggi (McMurphy, 2009)
Cure erogate in tempo opportuno
Cure preventive adeguate
Maggiore probabilità di individuare il problema
Meno esami diagnostici e prescrizioni di farmaci
Diagnosi più precise
Minori costi
Minor ricorso all'urgenza e all'ospedale

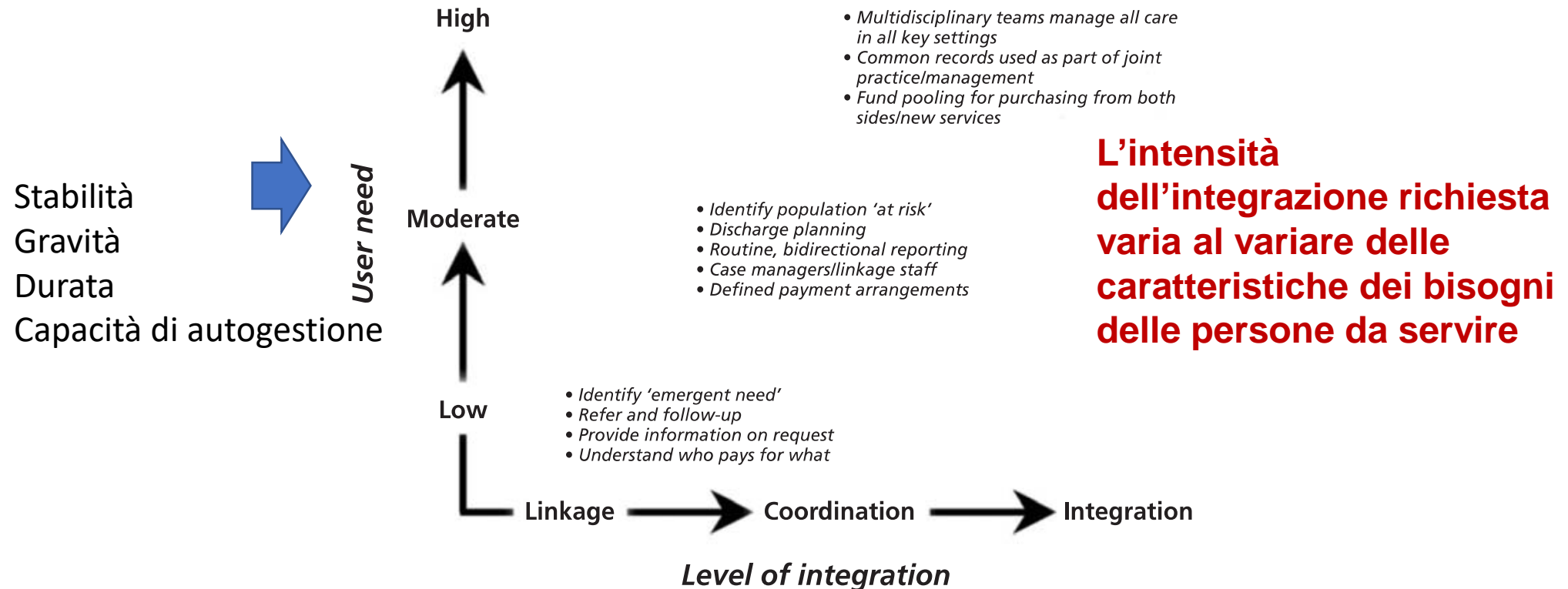


sono i bisogni delle persone a determinare i metodi di lavoro e l'insieme dei meccanismi interni di gestione.

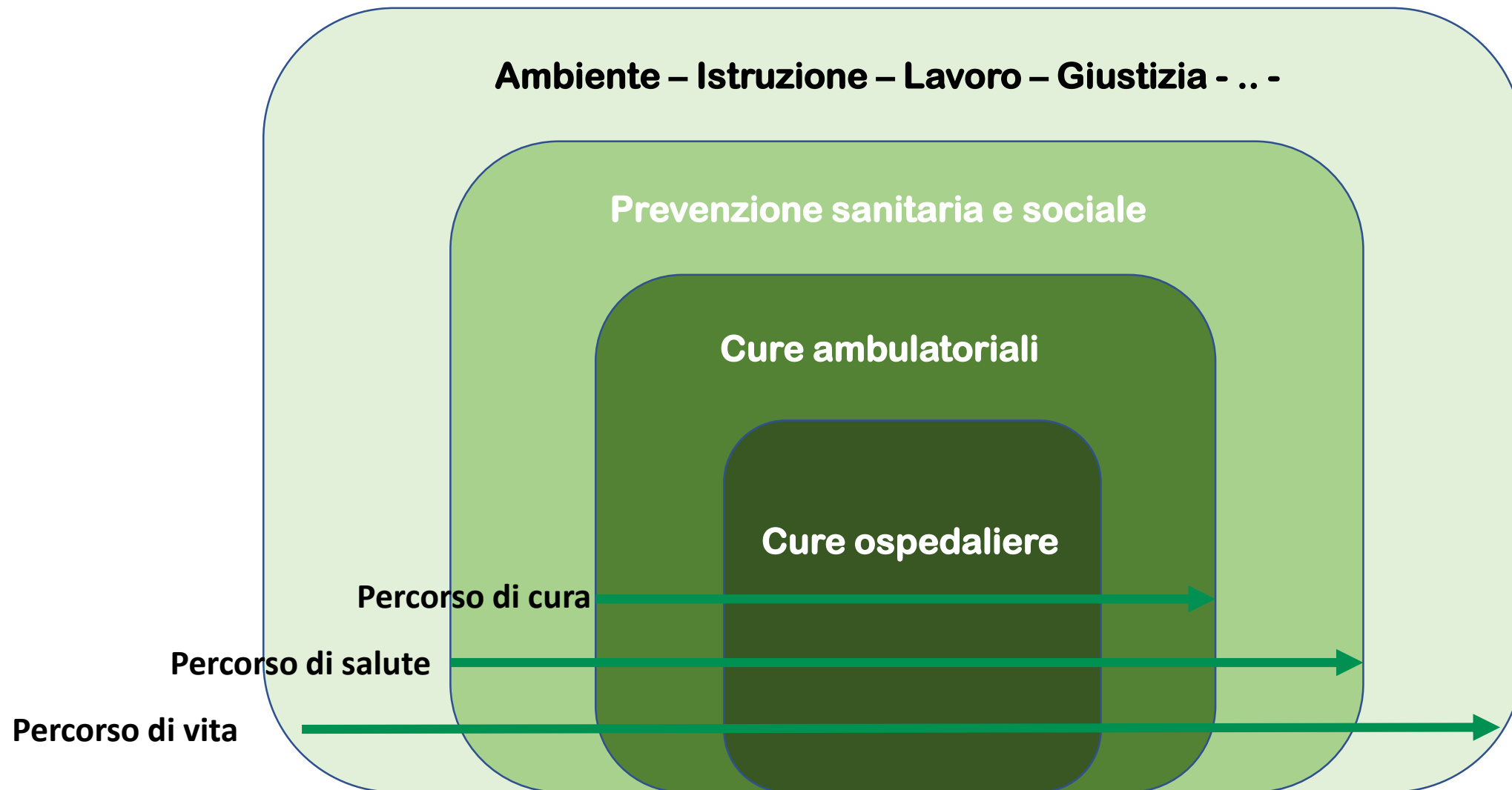
Le équipes interprofessionali migliorano i risultati per i pazienti, i professionisti e l'organizzazione. (Barrett, Curran, Glynn e Godwin 2007)

Capace di modulare il grado di coordinamento ed integrazione in funzione del tipo di interdipendenza richiesta del bisogno del beneficiario

Bisogni degli utenti e grado di integrazione



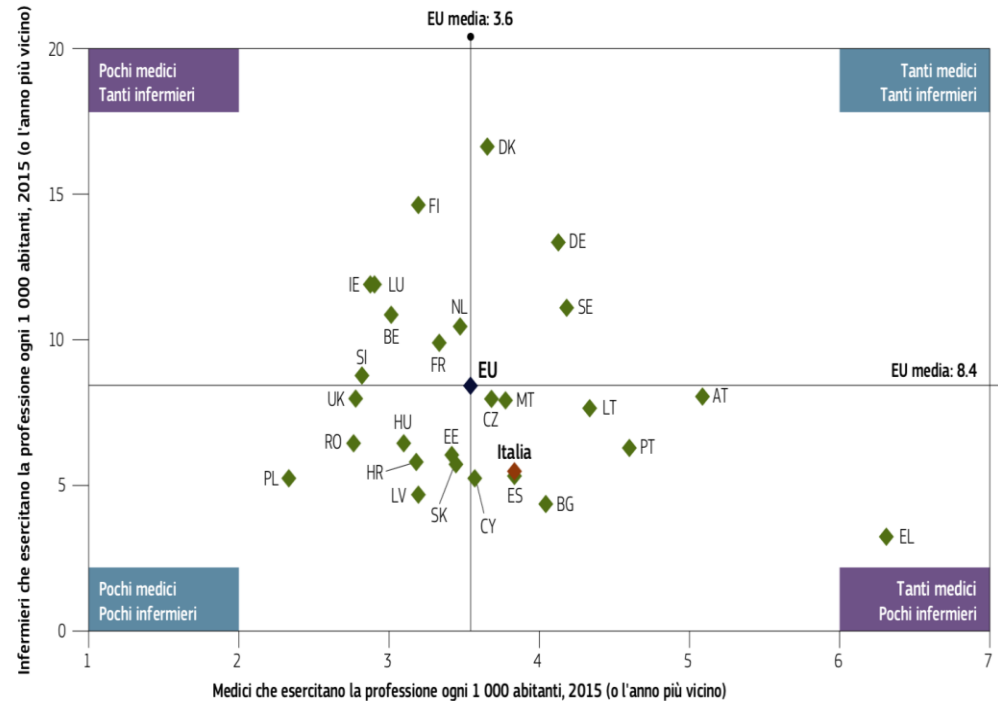
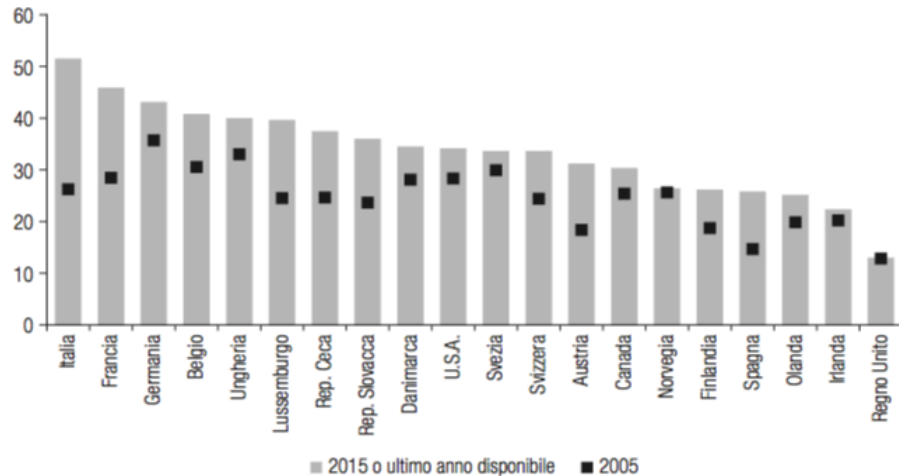
Capace di garantire percorsi di salute e percorsi di cura di alto valore



Recuperare il ritardo nella programmazione delle risorse umane e professionali.

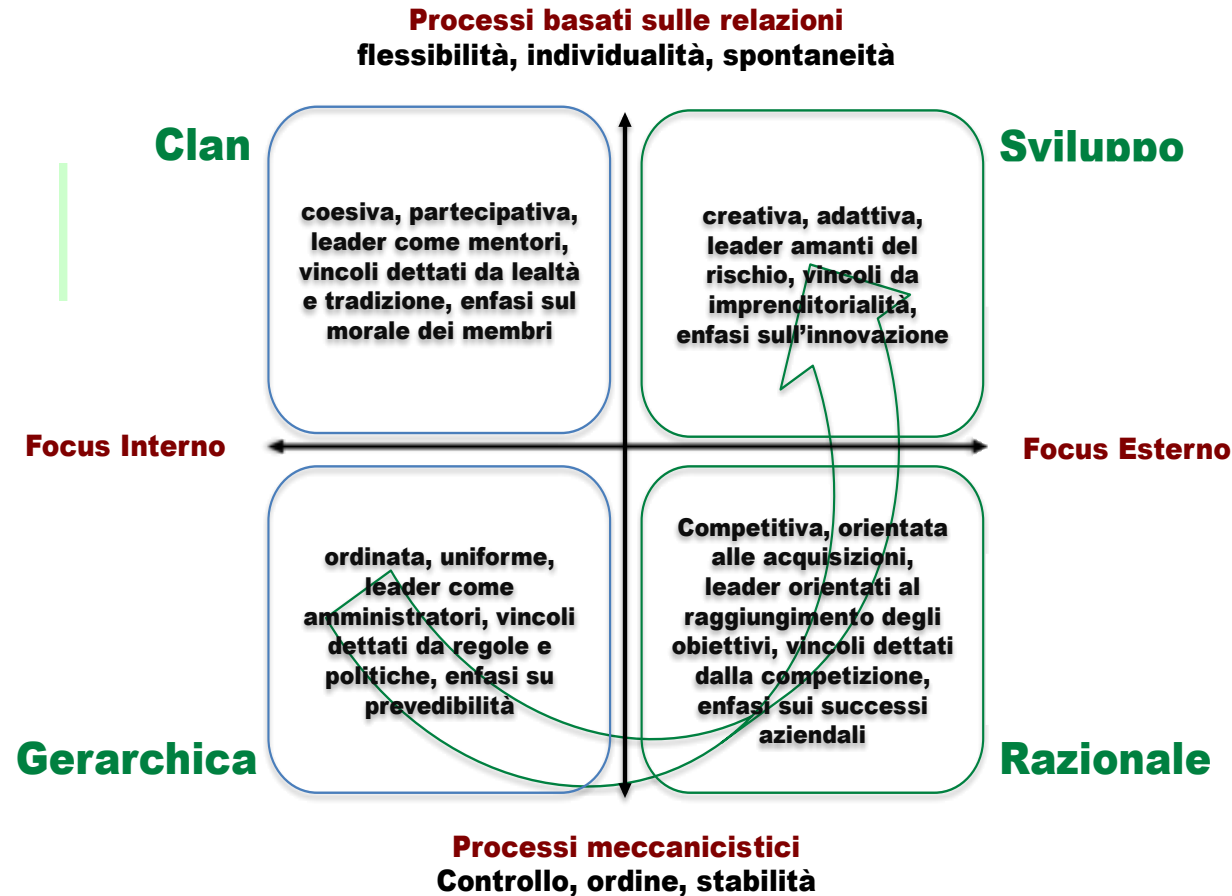
Lo scenario per il prossimo decennio può essere affrontato in una prospettiva di mantenimento del grade-skill mix o di una sua trasformazione funzionale all'orientamento che si intende dare al sistema dei servizi.

Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2015 o ultimo anno disponibile)



Nota: Per il Portogallo e la Grecia i dati si riferiscono a tutti i medici abilitati, pertanto il numero dei medici che esercitano la professione è fortemente sovrastimato (nel caso del Portogallo circa del 30 %). Per l'Austria e la Grecia il numero degli infermieri è sottostimato in quanto i dati si riferiscono soltanto agli infermieri che lavorano nelle strutture ospedaliere.
Fonte: Banca dati di Eurostat.

Sviluppare una cultura organizzativa capace di confrontarsi con le sfide della complessità e di promuovere e sostenere la trasformazione



La trasformazione: un processo complicato

Ogni trasformazione rimette in causa interessi di uno o dell'altro gruppo “dominante” e, soprattutto, il sistema di valori su cui riposa il peso che ha il sistema di cura sul sistema di salute.

Evitare di limitare l'azione a tentativi di accomodamento che cercano di minimizzare gli effetti sulla distribuzione dei privilegi esistenti, e raramente evolvono verso migliori risultati

Il tema della sostenibilità difficilmente si porrebbe
se non ci fossero i valori su cui riposa il sistema
sanitario

In definitiva è un problema relativo ai valori che
poniamo a riferimento per il SSN

Più che un problema tecnico è un problema di etica
della distribuzione