

D. Lgs 502., anno 1992: uniformità dei livelli di assistenza



1. Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale
4. Il Piano sanitario nazionale indica:
 - b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;

D. Lgs. 229, anno 1999: i LEA e l'appropriatezza



- 2. Il Servizio sanitario nazionale assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.
- 7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza le prestazioni che
 - b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate.

In 30 anni di vita il Servizio Sanitario Nazionale ha mai incontrato l'EBM ?



- Quando il SSN ha incontrato l'EBM ?
- **Dove il SSN ha incontrato l'EBM ?**
- Cosa è successo quando si sono incontrati ?

D. Lgs 229: i luoghi per la *clinical governance* e l'*evidence-based health care*



Art. 17

(Collegio di direzione)

1. In ogni azienda e' costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attivita' cliniche, la programmazione e valutazione delle attivita' tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attivita' dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

D. Lgs 229: i luoghi per la *clinical governance* e l'*evidence-based health care*



- L'organizzazione dipartimentale e' il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attivita' delle Aziende sanitarie.
- 2. La preposizione ai dipartimenti comporta l'attribuzione sia di responsabilita' professionali in materia clinico-organizzativa sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. La programmazione delle attivita' dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

Principi del sistema pubblico



- I sistemi sanitari pubblici ed universalistici traggono ispirazione dal principio che l'assistenza non debba essere assegnata in base alla capacità di pagare detenuta dagli assistiti, ma in proporzione all'intensità dei bisogni. Distribuire l'assistenza in proporzione ai bisogni significa tutelare l'uguaglianza attraverso la diversità.
- Proprio nella tutela di un bene primario, il valore etico della ricerca di un "appropriato" utilizzo delle risorse è indiscutibile; altrettanto lo è la costante ridefinizione del principio di "appropriatezza", per il continuo riferimento che lega questo principio al sistema di valori della società alla quale è applicato.
- In un sistema con risorse definite e limitate, l'appropriatezza viene rappresentata come principale via d'uscita per evitare la riduzione dei livelli di welfare

Appropriatezza

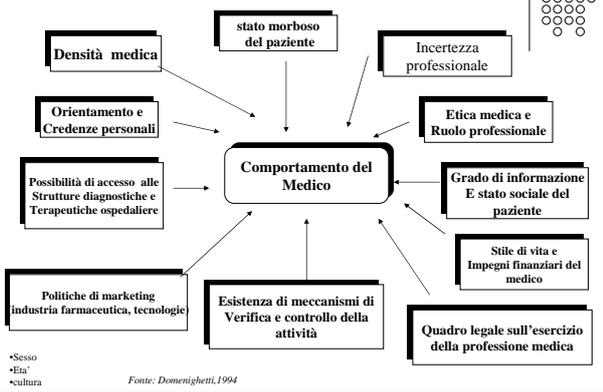
Un servizio o una prestazione sanitaria efficaci devono essere richiesti ed erogati solo per il paziente (o per i problemi) per cui sono indicati (i benefici superano nel caso concreto i rischi), al momento giusto, al livello organizzativo ottimale (accessibile, efficace, sicuro, meno costoso).

Muir Grey

Chi è responsabile dell'appropriatezza ?

- Il tentativo di *massimizzare* il livello di assistenza assicurabile non è collegato in modo "diretto" alle risorse disponibili, ma passa attraverso:
 - L'efficienza nella gestione delle risorse
 - La definizione delle priorità
 - L'impiego delle risorse disponibili secondo priorità
 - A livello macroallocativo (policy)
 - A livello mesoallocativo (management)
 - A livello microallocativo (bedside)

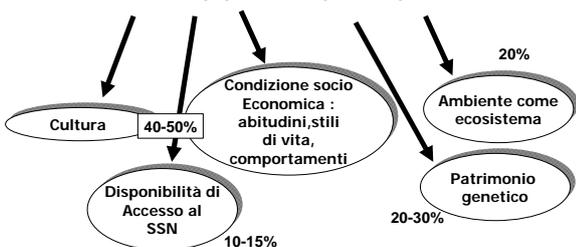
Fattori di variabilità nel comportamento medico



In 30 anni di vita il Servizio Sanitario Nazionale ha mai incontrato l'EBM ?

- Quando il SSN ha incontrato l'EBM ?
- Dove il SSN ha incontrato l'EBM ?
- **Cosa è successo quando si sono incontrati ?**

- Vi è una bassa correlazione tra la quantità di risorse direttamente impegnate nell'erogare servizi sanitari e la speranza di vita
- La salute di una popolazione dipende soprattutto da :



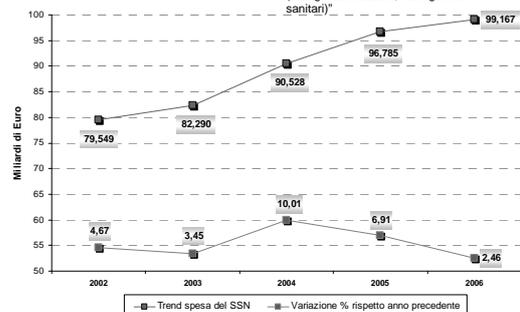
833/79 "Universalismo, egualitarismo, gratuità, accessibilità"

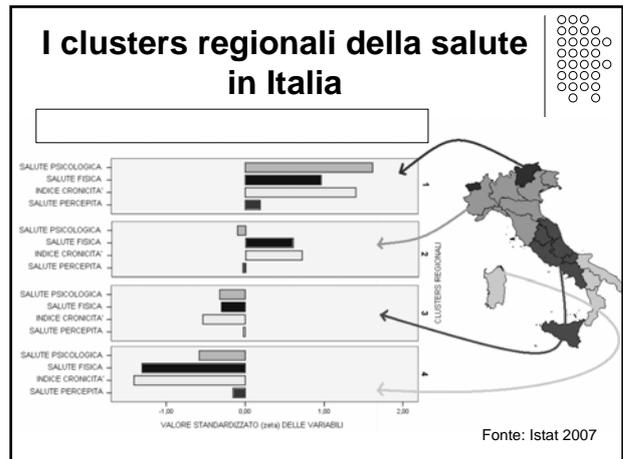
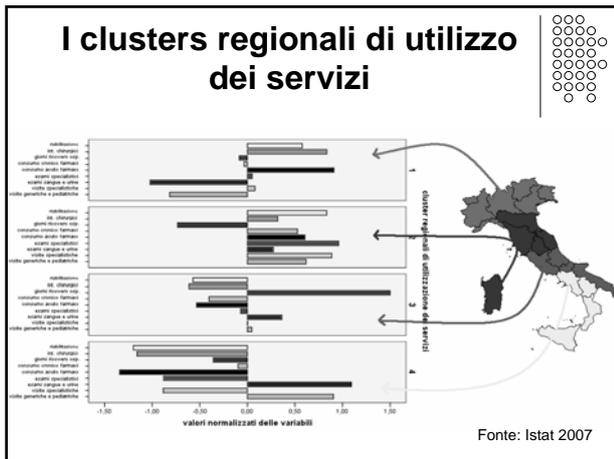
502/92

"Sostenibilità, uniformità dei livelli di assistenza, responsabilità economico-gestionali (aziendalizzazione)"

229/99

"Regionalizzazione, uniformità ed essenzialità dei livelli di assistenza, responsabilità delle figure professionali (collegio di direzione, consiglio dei sanitari)"



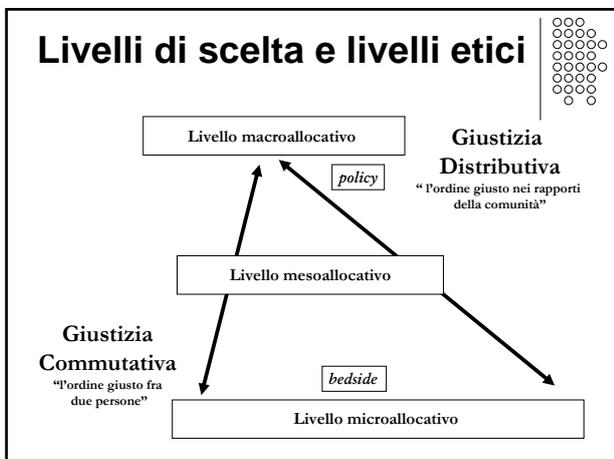
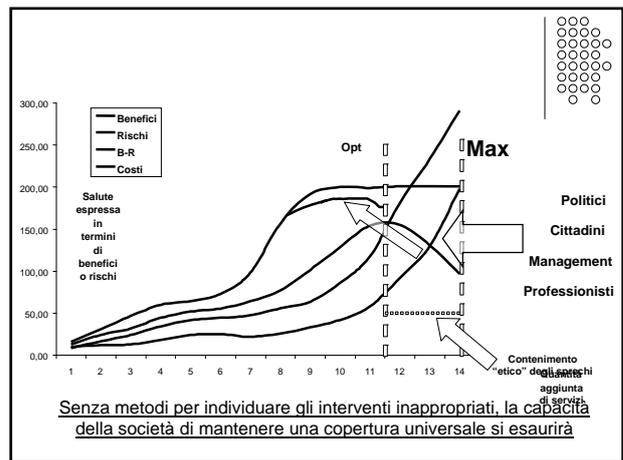


Efficienza e qualit ?

Quattro anni di disavanzi (in milioni di euro)

Regioni e Province autonome	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007	
	Pro capite euro	Risultato di esercizio						
Piemonte	-156	-462,245	-	-4,467	-2	1,239	-22	-96,119
Valle d'Aosta	-109	23,498	-113	-13,598	-110	-17,360	-116	-14,432
Lombardia	-	-30,039	-2	2,031	-	-0,293	1	9,429
Pa. Basilicata	53	279,050	59	25,512	53	25,039	34	17,448
Pa. Trentino	-18	179,429	-6	-2,418	-28	-15,644	-3	-1,653
Veneto	1	2,677	-24	-16,219	15	83,243	-	2,212
Friuli V.G.	8	109,120	22	26,903	15	18,788	20	23,715
Liguria	-207	-310,471	-159	-253,288	-42	-95,593	-88	-141,500
Emilia PL	-95	-440,554	-5	-37,584	-9	-19,051	3	12,797
Toscana	-65	-241,076	-6	-20,347	-33	-96,737	24	95,131
Marche	-62	-82,337	-7	1,156	-47	-54,716	15	13,201
Umbria	-103	-144,904	-15	-24,340	-26	-47,398	16	24,281
Lazio	-391	-2,158,580	-385	-1,940,954	-373	-1,964,913	-241	-1,609,879
Abruzzo	-84	-291,808	-173	-221,456	-108	-137,673	-90	-117,090
Molise	-137	-89,116	-433	-146,285	-183	-48,494	-195	-52,429
Campania	-208	-1,333,058	-309	-1,786,522	-130	-249,714	-120	-27,242
Puglia	-11	21,168	-80	-309,078	-42	-210,811	-49	-199,031
Basilicata	-54	-34,456	-72	-49,477	-37	2,987	-22	19,195
Calabria	-68	-147,891	-48	-80,109	-17	-55,306	-12	24,844
Sicilia	-149	-817,329	-140	-699,246	-195	-970,230	-105	-524,419
Sardegna	-153	-252,028	-198	-325,873	-81	-129,216	-41	28,268
TOT	-110	-2,110,547	-103	-523,812	-77	-450,912	-64	-3,312,413

Fonte: ministero della Salute secondo i risultati del sondaggio sulle spese



- ### In 30 anni di vita il Servizio Sanitario Nazionale ha mai incontrato l'EBM ?
- S , ma all'inizio non si salutavano nemmeno.
 - E' successo per caso, perch  non si erano mai dati appuntamento
 - Per molto, troppo tempo, hanno avuto incontri "occasional"
 - Non c'  comunque mai stato il "colpo di fulmine"
 - I "genitori" di lui (SSN) hanno lasciato troppo spesso intendere che speravano in un matrimonio di interesse
 - Ogni volta che hanno cercato di stare da soli, c'era sempre qualcuno che provava ad impedirlo (stakeholders non sempre disinteressati)
 - Quando i genitori di lui si sono separati (SSN/SSR) le cose si sono complicate
 - Con il passare degli anni hanno capito che anche se non era stato amore a prima vista, era saggio provare a costruire un rapporto serio, prima che fosse troppo tardi
 - Giunti a questo punto, o si conclude oppure tanto vale andare ognuno per la sua strada
-

Alcune conclusioni (?)

- L'etica che ha originato l'*appropriatezza* della buona pratica medica per bilanciarla fra sostenibilità finanziaria, adeguatezza tecnologica ed equità distributiva in un sistema di *welfare* sostenibile e solidaristico, richiede di essere riletta alla luce della variabile economica.
- Al concetto di "*appropriato*" si è inoltre affiancato nella coscienza sociale il concetto di *ciò che è giusto* per un Servizio Sanitario pubblico. L'*appropriatezza* e la giustizia devono inoltre essere declinati sia a livello *individuale* che *collettivo*.
- La ricerca di *ciò che è giusto ed appropriato*, è solo parzialmente un compito dei professionisti clinici e dell'assistenza. Non è possibile una dimostrazione scientifica della "*migliore etica*".
- I due concetti richiedono di essere contemperati in una opera di governo, *politico, clinico-assistenziale e manageriale* del Servizio Sanitario, che ne prelevi i caratteri di *universalità* (condizionata e selettiva) e di *equità* sia *verticale* (agli uguali in modo uguale) che *orizzontale* (ai diversi in modo diverso).

Le responsabilità

- Le competenze per costruire un sistema di EBHC non sono proprie ed esclusive di una sola categoria di agenti.
- La componente clinica è stata troppo a lungo agganciata a logiche corporative ed autoreferenziali nell'estensione della loro giurisdizione su ciò che è "*appropriato*", demonizzando l'efficienza (troppe volte lette come "*economicismo*"). Ed il rischio è alto anche per le professioni sanitarie.
- I professionisti sono restii ad assumersi gli oneri di scelte di efficienza che agiscano un "*etica*" controllo delle attività e delle risorse, in grado di tutelare l'equità, e preferiscono scaricarne il peso sul management. (es. scelte di riorganizzazione per volumi di attività). Ed il rischio è alto anche per le professioni sanitarie.
- Mentre la componente *professionale* è comprensibilmente orientata a scelte giuste ed appropriate per il *singolo individuo*, il management è chiamato a scelte giuste ed appropriate per *l'intera collettività*.
- Il management per converso ha sempre la tentazione di risolvere i problemi in chiave efficientistica, perché, apparentemente, meno onerosa e più semplice.

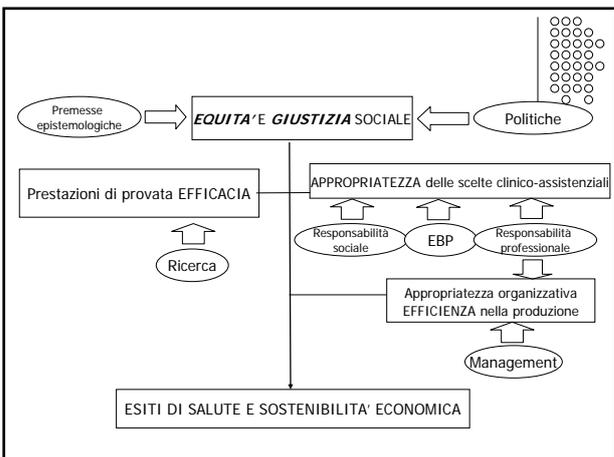
Le responsabilità

- Le responsabilità di agire comportamenti "*etici*" in un simile sistema riguardano tutti i livelli di governance. (corporate governance, clinical governance, governance istituzionale) e tutti gli attori coinvolti: politici, management, clinici, cittadini, portatori di interessi legittimi, al fine di agire coerentemente le scelte allocative a livello *macro* e quelle per il *singolo caso*.
- Tale responsabilità include per tutti la necessità di **esporsi, di formarsi, di assumere iniziative e decisioni** la cui remuneratività (economica, sociale, professionale, di consenso) non è garantita, **di rischiare**, posticipando una gratificazione che potrebbe anche non giungere mai.

Evidence based medicine



Evidence based health care



Competenza ed efficienza ?

“Se pensate che la conoscenza sia troppo costosa, allora non avete considerato quanto lo è l'ignoranza”

Socrate