



Pianificazione delle risorse e negoziazione del budget in ambito ospedaliero



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

dott. Franco Guerzoni – AA 2015-2016

Il problema delle «risorse»

Il problema delle «risorse»

Fino agli anni '80 l'economia sanitaria era considerata disciplina di interesse da pochi "amatori", in un contesto caratterizzato da:

- ▶ **mancata consapevolezza della scarsità delle risorse** (con tassi di crescita della spesa pubblica relativamente elevati),
- ▶ **indifferenza nei confronti della valutazione economica delle strutture sanitarie** (in nome della presunta superiorità degli obiettivi perseguiti),
- ▶ **rifiuto dell'introduzione di strumenti volti all'analisi e al controllo dei costi di produzione** (salvo rare eccezioni),
- ▶ **pressione delle associazioni sindacali e professionali** (volte a favorire l'espansione dei servizi a prescindere da ogni considerazione circa il contributo al miglioramento del livello di salute ed ai costi generati) (*Dirindin-Vineis*)



Il problema delle «risorse»

Cambiamenti ambientali:

- ▶ Diverse **attese** della società nei confronti degli istituti pubblici
- ▶ Diverse modalità di **formazione ed espressione della volontà collettiva** (diversi assetti politico-istituzionali, forme di legittimazione, configurazione dei poteri nella conduzione degli istituti pubblici)
- ▶ Diverso **ruolo del cittadino** / utente dei servizi e della sua capacità di esercitare pressioni finalizzate al soddisfacimento delle sue attese
- ▶ Cambiano i **rapporti con l'Azienda Pubblica**: da una sostanziale autoreferenzialità, che deriva da una posizione naturale di sovraordinazione nei confronti della società di cui era e si sentiva chiamata a risolvere i problemi, si passa ad una situazione in cui l'Azienda pubblica è un soggetto che, insieme o in competizione con altri, cerca di concorrere a migliorare il funzionamento di un complesso sistema sociale (*Del Vecchio*)



Il problema delle «risorse»

Difficoltà e miti del SSN riordinato:

- ▶ **mito dei modelli:** è possibile applicare alla sanità modelli di analisi, valutazione e controllo propri di altri settori produttivi, sperimentati in realtà private di produzione e scambio di beni?
- ▶ **mito della cassetta degli attrezzi:** ci limitiamo alla acquisizione degli “attrezzi” del mestiere (criteri di decisione, regole marginalistiche, tecniche contabili, strumenti di gestione, meccanismi di valutazione) o acquisiamo anche la capacità di utilizzo degli stessi a fini decisionali? Per esempio: chi legge la grande massa di informazioni prodotte, chi interpreta i dati, quali ricadute hanno i processi decisionali?
- ▶ **mito della quadratura dei conti:** l'equilibrio economico-finanziario è un **obiettivo** da raggiungere (forse l'unico!), non un **vincolo** da rispettare. L'eccessiva attenzione ai problemi di efficienza (raggiungimento di un obiettivo con il minimo dispendio di risorse) non può divenire un alibi per il continuo rinvio della valutazione dell'efficacia complessiva del servizio



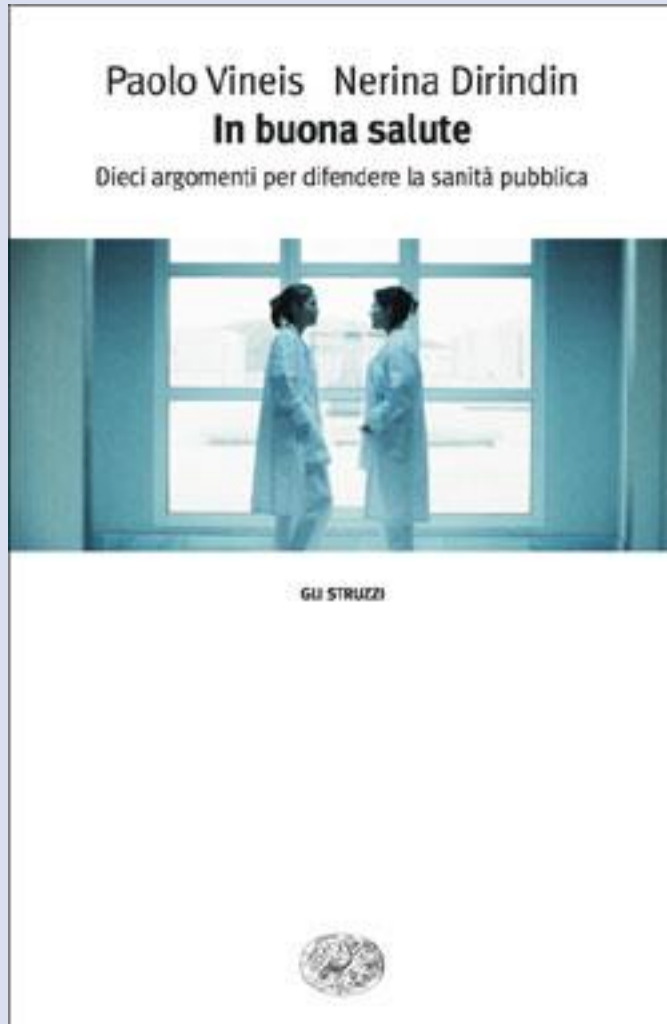
Pareggio di bilancio come obiettivo



Pareggio di bilancio come vincolo



Letture consigliata



Paolo Vineis e Nerina Dirindin: *“In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica”*,

Gli Struzzi, Giulio Einaudi Editore,
2004

Pagine 126

ISBN 9788806165888



Il problema delle «risorse»

Le risorse disponibili sono scarse, limitate, finite, e devono essere impiegate nel miglior modo possibile

L'economia «studia il modo in cui all'interno della nostra società gli individui, le imprese, le autorità pubbliche e le altre organizzazioni compiono le proprie scelte; studia inoltre come queste scelte determinano il modo in cui le risorse disponibili vengono utilizzate» (Stiglitz, 1993)

L'economia sanitaria si occupa del modo in cui gli individui e le società effettuano le loro scelte

- ▶ circa le quantità di risorse da destinare al settore sanitario,
- ▶ l'allocazione di tali risorse tra impieghi alternativi e
- ▶ la distribuzione dei prodotti ottenuti fra gli individui



Il problema delle «risorse»

- Quali trattamenti terapeutici erogare

Cosa



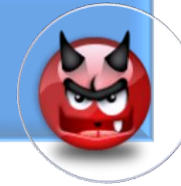
- In quale quantità?
- In quale modo?

Come



- A favore di chi?

Per chi

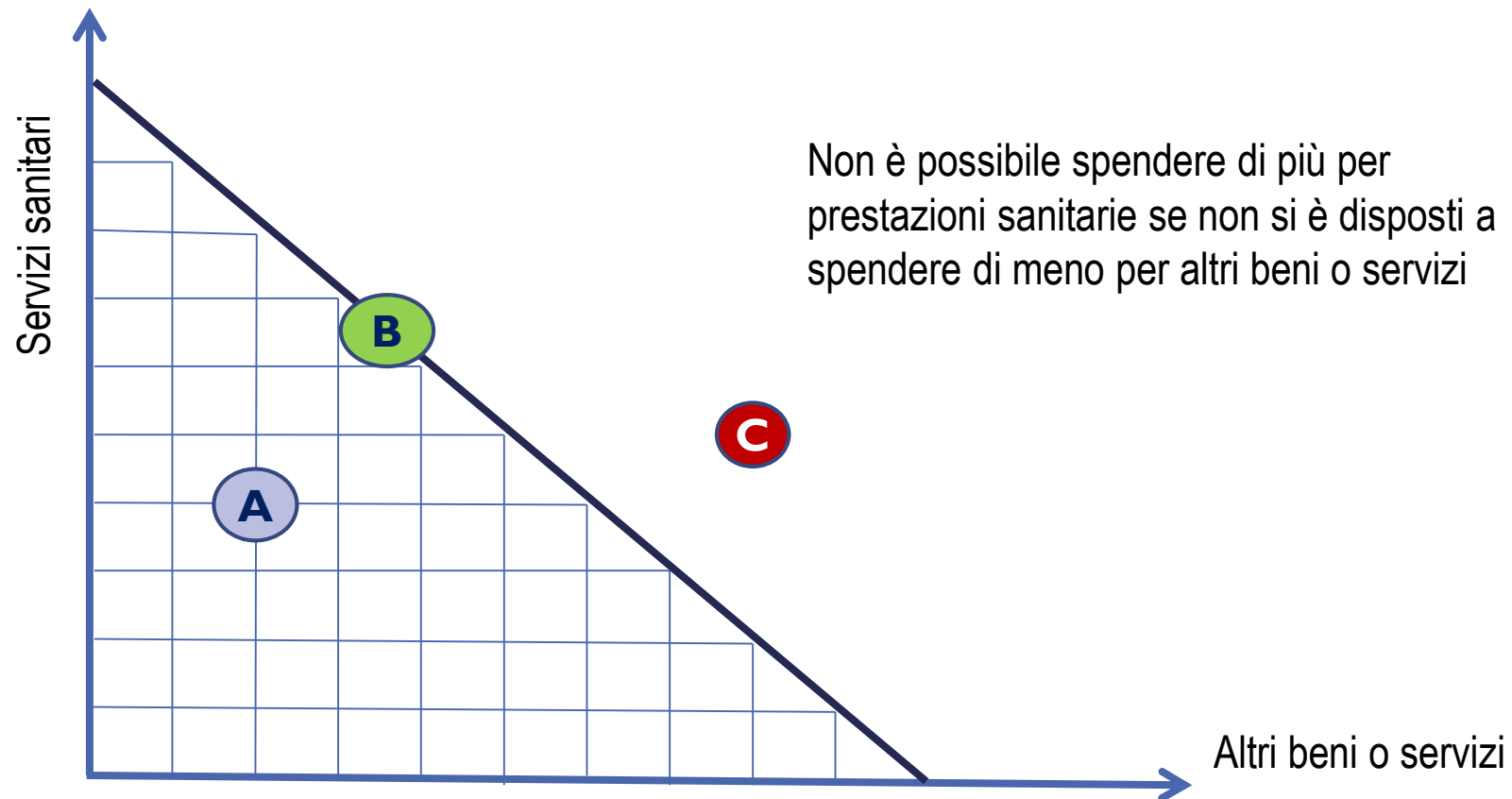


Frontiera delle possibilità produttive

1. Permette di rappresentare in modo rigoroso la scarsità delle risorse;
2. Mette in evidenza il fatto che si sceglie sempre tra possibilità limitate;
3. Indica nella crescita economica la strada per aumentare la quantità di beni a disposizione di un paese (sposta verso l'esterno la curva)



Frontiera delle possibilità produttive



La procura chiede il fallimento del San Raffaele

MILANO - È stata fissata per il prossimo 12 ottobre l'udienza davanti al Tribunale fallimentare di Milano per discutere della richiesta di fallimento per il gruppo ospedaliero San Raffaele formulata dai pm Luigi Orsi e Laura Pedio. È quanto si legge nel comunicato con cui il procuratore della Repubblica di Milano Edmondo Bruti Liberati ha reso noto che i pm Laura Pedio e Luigi Orsi, venerdì scorso, hanno depositato l'istanza di fallimento dell'ente gravato da un debito di

oltre un miliardo di euro. L'istanza è stata notificata ieri ai legali rappresentanti della Fondazione Centro San Raffaele Monte Tabor.

Per il prossimo 10 ottobre, come avevano assicurato la scorsa settimana, in un incontro in Procura, Giovanni Maria Flick, esponente del consiglio del San Raffaele in rappresentanza del Vaticano, e Alberto Alessandri, avvocato del gruppo, dovrebbe essere depositata la richiesta di concordato preventivo. La Santa Sede e l'imprendito-


re Vittorio Malacalza si erano fatti avanti con un'offerta di 250 milioni all'interno del concordato preventivo.

Secondo quanto prevede il codice di procedura penale, il deposito dell'istanza di fallimento può consentire agli inquirenti, che stanno indagando sulla situazione finanziaria dell'ospedale fondato da don Luigi Verzè, di effettuare le iscrizioni nel registro degli indagati per i reati fallimentari come la bancarotta.

Il problema delle «risorse»

Nella primavera del 1987 la Divisione di "Servizi per adulti e famiglie" dello stato dell'Oregon, incaricata di amministrare il programma statale Medicaid, si trovò costretta a decidere tra diverse opzioni; per ragioni di tetto di bilancio, nei due anni seguenti avrebbe potuto finanziare le cure mediche di base di circa **1.500 persone** che in precedenza non ne beneficiavano, oppure avrebbe potuto continuare a finanziare un programma di trapianti d'organo (midollo, cuore, fegato e pancreas) per un progetto rivolto a **34 persone**.

Dovendo scegliere tra un programma di trapianti rivolto a pochi ed un investimento in cure di base rivolto a molti, la Divisione optò per la seconda opzione, privando così 34 pazienti di una chance che, in pratica, coincideva con un'opportunità di sopravvivenza.



Il problema delle «risorse»

Il caso dell'Oregon, riportato dal New England Journal of Medicine, descrive efficacemente il dilemma di chi, in un ambito di risorse limitate, deve decidere l'allocazione delle risorse: in una programmazione oculata non solo è necessario scegliere tra quanto si investe in Sanità e quanto va destinato ad altri Settori (educazione, giustizia, servizi sociali, difesa, ...), ma nella Sanità stessa bisogna scegliere tra bisogni in conflitto.

Non si può dare "**tutto a tutti**", ma dobbiamo prevedere con sempre maggior frequenza situazioni di scelte drammatiche; di fronte ai costi crescenti della Sanità, nessuno Stato, per quanto florida possa essere la sua economia, potrà sottrarsi a decisioni in merito a **programmi da privilegiare a danno di altri**, pur di alto valore umanitario.



Il problema delle «risorse»

Le decisioni relative all'allocazione delle risorse sono di diverso tipo e, conseguentemente, di diverso impatto emotivo. Quando si tratta di micro-allocazioni (ad esempio, nel caso in cui più pazienti, per la loro sopravvivenza, abbiano necessità di ricovero in ambiente intensivo e non vi sia un numero sufficiente di posti letto disponibili o quando vi sia un solo organo da trapiantare e due donatori compatibili in lista d'attesa) l'emozione connessa con la scelta che compromette la vita di una determinata persona è spontanea e dirompente.



Il problema delle «risorse»

Meno evidente, ma non meno reale, è la drammaticità delle macro-allocazioni che pur avendo a che fare con la vita e con la morte di esseri umani, risultano meno visibili: il bisogno acuto di una persona che sta morendo ora è più evidente del bisogno di una persona sana che morirà in futuro, ma la decisione di ricorrere oggi ad un trattamento d'avanguardia costoso, per il trattamento di una persona, riguarda tutti i pazienti nella loro globalità, costretti ad attingere al fondo limitato delle risorse disponibili per la Sanità.



Il problema delle «risorse»

In regime di risorse finite, la **necessità di scelte tra interessi in conflitto** si ripercuote, al di là delle grandi decisioni di programmazione, anche sui più banali dettagli dell'assistenza clinica quotidiana, rendendo necessario **considerare l'impatto economico di ogni radiografia e di ogni esame di laboratorio e confrontare le singole decisioni cliniche con le esigenze della giustizia**, elemento che costituisce lo scheletro etico del sistema sanitario. Il denaro speso per ogni singolo paziente non è più disponibile per qualcun altro; ogni decisione sanitaria ha un impatto economico identificabile, e per tale motivo deve essere sottoposta ad un esame che non riguarda solo l'indicazione clinica, ma consideri anche se la decisione è saggia da un punto di vista economico e se rispetta un criterio di giustizia relativamente ad altri bisogni in conflitto.



Il problema delle «risorse»

Meglio finanziare le cure mediche di base di circa 1.500 persone che in precedenza non ne beneficiavano, oppure un programma di trapianti d'organo (midollo, cuore, fegato e pancreas) per un progetto rivolto a 34 persone?

Come comportarsi nel caso vi sia un solo organo da trapiantare e due persone compatibili in lista d'attesa per il trapianto?

Il bisogno acuto di una persona che sta morendo ora prevale sul bisogno di una persona sana che morirà in futuro?



Due i medici che svolgono l'attività per conto della 'Nelson Frigatti'. Preoccupati gli utenti, in genere anziani che necessitano di trasfusioni

«Stanno tagliando l'assistenza a domicilio»

Protestano i familiari dei pazienti cronici: mancano i soldi, il servizio sarà ridimensionato

L'hanno appreso man mano che telefonavano all'associazione 'Nelson Frigatti' per fissare gli appuntamenti delle prestazioni sanitarie a domicilio. Servizi (trasfu-

sioni, etc.) inseriti in un modello assistenziale riconosciuto come un pilastro dell'organizzazione sanitaria territoriale. L'attività da alcuni giorni è stata ridimensionata «perchè mancano i fondi», protestano gli utenti.

La notizia sta facendo il giro della provincia suscitando forte preoccupazione tra i pazienti assistiti dall'associazione 'Nelson Frigatti', con sede a Codigoro, una sessantina di soci attivi nel volontariato e due medici operativi per l'assistenza domiciliare che sono diventati un importante punto di riferimento per decine di pazienti del territorio.

Alcuni familiari ieri si sono rivolti alla 'Nuova Ferrara' sottolineando «il grave stato di disagio che coinvolge utenti e famiglie». O.B. telefona da Ferrara. «Mia madre ha 90 anni ed è invalida al 100% - racconta - necessita di trasfusioni ed è inutile sot-

tolinare quanto sia importante che sia disponibile un medico che effettui il servizio direttamente a casa».

«Ci hanno detto che i finanziamenti si sono pressochè esauriti e non si sa ancora se e quando il servizio sarà ripristinato - lamenta O.B. - Stiamo parlando di un'attività che funziona in modo esauriente e ottimale».

L'alternativa qual'è? «Trasportare il paziente nel luogo in cui viene erogata la prestazione e non credo che sia un servizio a costo zero», risponde O.B. I pazienti assistiti sono in genere anziani che soffrono di patologie croniche.

«Sappiamo che non è un

periodo facile per nessuno - commenta O.B. - ma è possibile che una attività così importante venga inserita tra le prestazioni erogate o sopresse solo in base ad un calcolo contabile, di costi? Quando farà freddo si sposteranno in ambulanza persone che hanno 80-90 anni?».

Allarmatissima anche la lettera di un altro utente ferrarese. «Sono la figlia di un novantenne da anni sottoposto a trasfusioni a causa di un tumore del sangue - scrive un familiare, M.M. - le trasfusioni venivano effettuate ogni 15 giorni a domicilio da un medico pagato dall'associazione 'Nelson Frigatti', volontariato sanitario, suppor-

to dell'Assistenza domiciliare integrata». La comunicazione che «il servizio a domicilio sarà sospeso» la famiglia l'ha ricevuta l'altro ieri «in quanto l'Asl ha tagliato i fondi» e «l'associazione si vede costretta a mandare il medico solo nei casi di persone paralizzate». M.M. sottolinea che «mio padre è seguito da 3 anni e data l'età e la malattia, è quasi immobile».

L'intervento della 'Nelson Frigatti' è disposto dall'Assistenza domiciliare integrata (Asl), sulla base delle richieste e delle prescrizioni dei medici di famiglia.

Da quanto si è appreso il periodo critico dovrebbe prolungarsi per qualche settimana. (gi.ca.)

Sanità. A fine maggio scade la copertura garantita dallo Stato per evitare il balzello da 487 milioni

Per i governatori rischio superticket

Roberto Turno

ROMA

ANCORA dieci giorni e dal 1 giugno per i governatori tornerà a materializzarsi un fantasma che da cinque mesi pensavano di aver scacciato dai loro pensieri: a fine maggio scade infatti la copertura, garantita dallo Stato, della mancata rinascita del superticket sanitario sulla specialistica. E se non ci sarà alcun ristoro dallo Stato, come finora il Governo non ha fatto, le Regioni dovranno fare da sé. Una partita che vale 487 milioni per i sette mesi che restano del 2011 (e quasi 900 nel 2012) e che i governatori dovranno altrimenti risolvere: con l'applicazione, appunto, del superticket da 10 euro, o con una sventagliata di mini ticket locali. Oppure dar fondo, se le hanno, alle proprie risorse per evitare altri balzelli a carico degli assistiti.

Solito, immancabile rebus dei conti regionali, la spesa sanitaria si conferma l'incubo numero uno

per i bilanci dei governatori. Che in vista della manovra di giugno temono altri tagli e si preparano a un nuovo confronto tutto in salita col Governo. Tanto più che su tutte le partite aperte col Governo, e non solo con Tremonti, si addensano nuvole poco rassicuranti: da una parte è sempre in sospeso il nodo del trasporto pubblico locale su cui cresce il pressing locale, mentre sul federalismo fiscale e su altre riforme in corso - come la creazione della «Conferenza della repubblica» al posto delle attuali Conferenze Stato-regioni e Unificata - continua a crescere la tensione.

Un capitolo specifico della spe-

SPESA FARMACEUTICA

Regioni pronte ad andare all'attacco nel nuovo round per il «patto sulla salute» in calendario la prossima settimana

sa sanitaria su cui le Regioni sono pronte ad andare all'attacco, è la spesa farmaceutica. Il tavolo previsto dal «patto per la salute» dovrebbe ripartire la prossima settimana. E i governatori sono pronti a fare muro. Con tre o quattro specifici punti all'ordine del giorno: i costi dei farmaci ospedalieri, la partita del prezzo di rimborso dei generici, i medicinali biosimilari, la convenzione con le farmacie sulla quale le Regioni vogliono cancellare l'attuale rimborso in percentuale sul costo del farmaco, sostituendolo con una «retribuzione sul servizio».

Sulla farmaceutica ospedaliera, intanto, le Regioni stimano per il 2011 un disavanzo - tutto a loro carico - di 2,6 miliardi. Il «tetto» di spesa sarebbe a fine anno più del doppio di quello a budget: il 5,1 anziché il 2,4% dell'intera spesa sanitaria. Lo sfondamento è considerato «non una eventualità o una condizione imprevedibile, ma una condizione che si ve-

rifica in maniera sistematica tutti gli anni e in tutte le Regioni» che per di più avviene, si sostiene in un documento, «in totale assenza di concorrenza» che ora le Regioni vorrebbero spezzare con interventi sicuramente poco graditi alle industrie.

Come poco apprezzata dal settore produttivo, ma benedetta dall'Antitrust, è la posizione dei governatori sui farmaci biosimilari e contro il Ddl del Senato che prevede un lotto unico a gara tra questi prodotti e i loro originari. Una guerra del tutto simile a quella già avvenuta, e tuttora in corso sui generici col nuovo prezzo di rimborso. Capitolo, questo, che le Regioni vorrebbero riaprire: ad oggi calcolano che il mancato adeguamento delle imprese ai nuovi prezzi fa ricadere sui cittadini almeno 120 milioni dei 600 di risparmio per le casse dello Stato. A meno che in tutta Italia non si segua la strada della Toscana.

MEDICINA

CREVALCORE

SAN PIETRO IN CASALE

MEDICINA CHI LAVORA SULLE AMBULANZE NON SI FIDA DELLE RASSICURAZIONI DEL POLO SANITARIO

«Vogliono tagliare i costi del personale»

di MATTEO RADOONA

— MEDICINA —

«NON ci convincono le assicurazioni sbandierate dalla direzione generale Ausl, nella persona della dottoressa Maria Lazzarato, in merito al polo di Medicina, agli incrementi di organici medici presso la struttura, ma soprattutto in merito all'abolizione nelle fasce notturne dell'ambulanza».

NON SI placano le polemiche sui tagli annunciati: Giuseppe Rago della Uil Fpl e Alessandro Lugli

SINDACATI DUBBIOSI
«Il sospetto è che riducano il servizio notturno, magari

a vantaggio del volontariato»

della Cisl Fp rincarano la dose. «Questa riorganizzazione — sottolineano i sindacati — ha il solo scopo di risparmiare sui costi del personale del 118 che vedrà calare le proprie prestazioni notturne e quindi le proprie retribuzioni, magari a vantaggio di servizi offerti su base volontaria da parte della Croce Rossa imolese che di recente ha stipulato una nuova convenzione con l'Ausl di Imola a costi maggiori, offrendo l'utilizzo di volontari al posto di personale infermieristico specializzato».

LE MAESTRANZE si chiedono

dove finirà l'ambulanza di Medicina: «Il territorio medicinese ha bisogno di presidi territoriali costanti, altrimenti qualcuno deve spiegarci perché sino ad oggi nessuno ha provveduto a questa razionalizzazione. Evidentemente la necessità era dovuta e preesistente fin quando Medicina ha gravitato nell'orbita dell'Ausl di Bologna e fino a quando sindaco era l'oggi consigliere provinciale Pd, Nara Rebecchi che ne aveva preteso la presenza sul territorio ed aveva ben altro peso politico, a quanto pare. Vorremmo sapere dove verrà ricollocata l'ambulanza e soprattutto l'Ausl di Imola ci spieghi perché con una riorganizzazione così importante per il territorio e il personale, non ha interpellato i sindacati».



La presidente della Provincia replica al Pd comacchiese: non chiusure ma trasformazioni

«Ma sette ospedali sono troppi»

Zappaterra: «Sulla sanità o decidiamo noi oppure i tagli li fa il governo»

Per Marcella Zappaterra difendere gli ospedali così come sono e dove sono per puro spirito campanilistico è una specie di suicidio politico. La presidente della Provincia, replicando al segretario del Pd di Comacchio Gabriele Bellini, che ha eretto le barricate a difesa del S. Camillo, precisa il suo pensiero sul riassetto della sanità ferrarese che aveva già esposto un mese alla conferenza programmatica del Pd.

I soldi. «E' purtroppo finita la fase nella quale la coesione territoriale si costruiva con la distribuzione di risorse. Da un giorno all'altro ci vengono sottratte anche quelle date per certe (vedi idrovia, piano strategico Valle Fiume Po, interventi inseriti nel Dup, ecc.....). In un quadro di questo genere la coesione va ricercata su altro: sulle politiche di sistema, sulla riorganizzazione dei servizi, sulla messa in rete dei territori, sulle aggregazioni, le ristrutturazioni delle aziende, dei servizi. Certamente il compito è più difficile, ma non c'è alternativa. O meglio, l'alternativa è tra aspettare che i livelli superiori

funziona, ma anche tagliare ciò che non serve o che non ci si può permettere».

Gli ospedali. «Non possiamo alimentare l'ambiguità del mantenimento di 7 Ospedali di primo livello (addirittura 8 nell'impostazione di chi chiede due ospedali per Ferrara) perché risulteremo un'anomalia ingiustificabile nel contesto regionale. Né dal mio discorso né dalla relazione del segretario Calvano, né dai documenti approvati è emersa una proposta di chiusura di ospedali, ma solo di processi di specializzazione, diversificazione e qualificazione dell'offerta sanitaria. Su tale impostazione nessuno ha dissentito. Non



Marcella Zappaterra

che va bene tutto, ma l'ospedale di Comacchio non si tocca, che l'efficienza, l'efficacia e l'economicità del sistema sanitario vanno ricercate, ma solo negli altri Comuni. A questo punto in cosa si sostanzia la differenza tra la posizione del signor Bellini da quella di chi chiede due ospedali a Ferrara? Purtroppo non c'è differenza. Io penso che questa sia un'impostazione sbagliata così come penso sia profondamente sbagliato

ferenza di altri territori, l'ospedale continua ad avere un tratto identitario che fuorvia rispetto alle esigenze vere dei cittadini per i quali il bisogno di salute al 90% è legato ai servizi territoriali, alle medicine di gruppo e alla prevenzione. Gli ospedali si sono trasformati in totem, l'obiettivo è poter dire che ci sono indipendentemente da quello che offrono e dalla qualità che esprimono. Così si accontentano i politici di turno o quelli che hanno l'ambizione di prendere il loro posto e nessuno si preoccupa davvero di capire cosa serva ai cittadini. Mi consola però che ci sia anche chi, come il Sindaco di Copparo, ogni giorno difende il suo ospedale senza farlo in modo ideologico, ma badando alla sostanza e al servizio che li viene offerto, senza sentire il bisogno di alimentare scontri sui giornali».

Due strade. «Le strade che possiamo scegliere sono

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

SE LA SANITÀ COMINCIA A COSTAR CARA

Forse, per la prima volta da quando è "nato", il Servizio sanitario nazionale rischia di perdere la sua principale caratteristica: garantire il diritto alla salute, in maniera uniforme, ad ogni cittadino. Le differenze di trattamento sanitario sono evidenti da anni, però l'attuale situazione economica può aggravare le disparità tra pazienti del Nord, del Centro e del Sud. Per la prima volta tutte le categorie professionali sono fortemente critiche nei confronti della manovra imposta dal governo: medici pubblici e privati, ospedalieri, di famiglia, personale dirigente e amministrativo, veterinari (e farmacisti non titolari dopo il blocco delle liberalizzazioni), annunciano iniziative di protesta. Perfino sindaci e presidenti di Regione sono sulle barricate, perché sanno di dover tagliare servizi essenziali di assistenza e cura destinati ai loro cittadini (ed elettori). Insomma c'è un malcontento diffuso e profondo. Motivato non solo da calcoli sindacali, politici, corporativi. Certo, sarà difficile uscire dalla crisi senza sacrifici collettivi. Ma la sanità si può comprare e milioni di persone non sono né saranno in grado di farlo. Per questi italiani i sacrifici peseranno come macigni.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

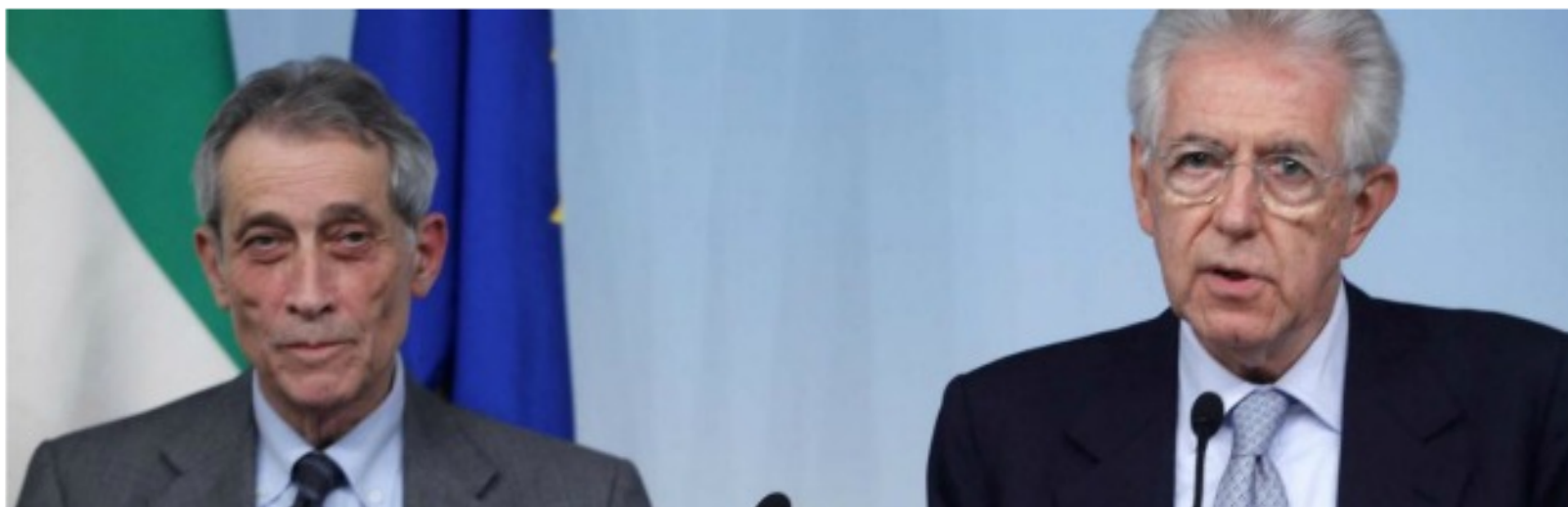
Sei in: [Il Fatto Quotidiano](#) > [Politica & Palazzo](#) > [Tagli alla sani...](#)

Tagli alla sanità, è rivolta per i tagli. L'allarme della Cgil: "Rischiano mille reparti"

Napolitano ha firmato il decreto sulla spending review. Verranno tagliati 18mila letti tra pubblico e privato. Pd in imbarazzo, Bersani: "A Tremonti si aggiunge Monti". Udc e Pdl "responsabili". Il sindacato della Camusso e la Uil minacciano lo sciopero

di Redazione Il Fatto Quotidiano | 6 luglio 2012

Commenti (261)



Più informazioni su: [Pagelle](#), [Sanità](#), [Spending Review](#).

Segui il Fatto Quotidiano



**“Quello che
altri non dicono”
Anche su **face****



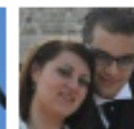
**Il Fatto Quotidiano
Palazzo** su Facebook

Mi piace

Il Fatto Quotidiano - Polit
4,267 persone.



Rita



Orlando



Giuseppe



[Plus de profils de Facebook](#)

Via 30 piccoli ospedali, a casa cento primari

Parte la rivoluzione dei tagli in sanità: 4mila letti da eliminare, meno fondi ai privati

ROSARIO DI RAIMONDO

CHIUDERE i piccoli ospedali e trasformarli in «centri sanitari», più «leggeri» e meno costosi, facendo a meno di 100 primari che non saranno più sostituiti. Tagliare i posti letto in eccesso nelle grandi strutture come il Maggiore e il Sant'Orsola. Sforbicare la spesa destinata alle cliniche private, che oggi ammonta a 250 milioni di euro l'anno. La *road map* della Regione per affrontare la rivoluzione che si abbatte sulla sanità è tracciata e ha un obiettivo ben preciso: non farsi cogliere impreparati dalla bozza della *spending review*, in fase di elaborazione da parte del Governo, che nei prossimi giorni arriverà sulla scrivania di assessori, dirigenti e direttori generali. E che dirà, nero su bianco, come e dove intervenire per ridurre drasticamente la spesa. Il processo non sarà indolore, per questo dagli uffici di viale Aldo Moro

si corre ai ripari per affrontare la stangata in arrivo sul Servizio sanitario regionale.

Il tema più delicato è quello degli «ospedalini». Strutture dai 120 posti letto in giù che inizialmente il Governo voleva persino chiudere. Sono una trentina in Emilia-Romagna, sei nel bolognese, e nei piani della Regione dovranno cambiare radicalmente. L'idea è questa: superare il concetto di ospedale così come è conosciuto (ognuno col suo reparto di medicina, chirurgia e così via) e trasformarlo in un «centro sanitario», con un pronto intervento, l'assistenza, la degenza, manientale operatorie e divisioni specialistiche. A grandi linee significa recuperare 1.200 posti letto, sottrarli ai 4mila che secondo le prime indicazioni da Roma devono essere tagliati e dedicarli all'assistenza, con un maggior peso degli infermieri nell'organizzazione generale. E

quindi, con un esubero di almeno 100 primari, che non saranno sostituiti nei prossimi mesi. Tenendo conto, però, di alcune realtà più delicate come quelle di montagna (nel bolognese, Porretta e Loiano).

Altri mille posti letto saranno recuperati trasformando gli attuali day hospital in day service, con la differenza che i primi vengono considerati normali ricoveri ospedalieri mentre i secondi, sui quali si paga il ticket, no. Infine si sta portando avanti un monitoraggio dei letti nei grandi ospedali, per valutare dove e come tagliare i posti in eccesso. La bozza del Governo dovrà anche stabilire i valori soglia sulle sale operatorie, cioè quante operazioni un reparto deve fare in un anno affinché abbia senso che resti aperto. Un discorso che vale sia per le chirurgie sia per i punti nascita.

Nei piani dell'assessore regionale alla Sanità Carlo Lusenti e

dei suoi dirigenti c'è anche un significativo intervento sulla sanità privata accreditata, che costa 250 milioni di euro l'anno. Sui 4mila posti letto che dovranno essere tagliati, un quarto sarà sottratto alle cliniche. Ma il vero tema è il costo delle prestazioni. La bozza del Governo stabilirà la spesa massima che ogni Regione potrà destinare ai privati e, nel caso gli enti locali superino quelle soglie, la differenza è a carico delle amministrazioni regionali, già a corto di soldi. Quindi ciò che verrà chiesto ai privati sarà di ridurre il costo delle singole prestazioni: con quei 250 milioni, o meno, si dovranno garantire più servizi.

Queste le linee guida, quindi, in attesa di una bozza che doveva arrivare a fine ottobre ma che è slittata alla settimana prossima. E che avrà dei numeri pesanti, dai letti al personale da ridurre. Senza dimenticare i 900 milioni di euro a cui la sanità regionale dovrà rinunciare nei prossimi anni.

La nostra Regione ne perderà 2.543, cifra più alta fra tutte le Regioni. Masini (Cgil medici): «Ci si occupa della salute dei bilanci, non di quella delle persone»

Posti letto, «batosta» per l'Emilia-Romagna



3.7
ogni mille abitanti

il nuovo rapporto fissato fra posti letto e popolazione. I posti letto all'ospedale Maggiore sono attualmente 1.250, cui si aggiungono i circa 360 tra Vaio e Borgotaro

■ Sarà l'Emilia-Romagna, secondo le stime del ministero della Sanità, la Regione che subirà la scure più pesante sui posti letto ospedalieri: meno 2.543, ossia più di un terzo dei 7.389 posti letto che andranno eliminati in tutta Italia. La seconda regione più colpita è la Lombardia (-2.227)

vello» (utenza 150-300 mila abitanti, un dipartimento di emergenza e più specialità, sarebbe il caso di Vaio) e «secondo livello» (utenza 600-1.200 mila abitanti, molte specialità e dipartimenti di secondo livello: il caso del Maggiore). Fra i criteri in base ai quali

La spesa sanitaria

Come è oggi



I **ticket** sulle prestazioni sanitarie (diagnostica, visite ambulatoriali, pronto soccorso) sono stabiliti da un tariffario nazionale. Le Regioni possono integrarli

Come sarebbe nel 2014



La finanziaria del luglio 2011 dell'ex ministro Tremonti prevede ticket anche su prestazioni che ora non ne hanno (ricoveri, day hospital) e l'inasprimento di quelli esistenti (specialistica, cure termali, farmaci). La Corte costituzionale ha bocciato lo strumento per introdurre i ticket

Come sarà



È allo studio un sistema di **franchigie** in sostituzione dei ticket. Il cittadino pagherà una quota in base al reddito oltre la quale interviene il rimborso per visite o esami. Quando lo esaurisce compensa di tasca sua

Totale ricette *	Ricette con esenzione
216.922.602	142.807.183 (65%)



Percentuale di assistibili esenti dal ticket



*Elaborazione con i dati del numero di prestazioni di Specialistica ambulatoriale e del numero di ricette con esenzione su dati Tessera sanitaria relativi all'anno 2010

Il ministro Balduzzi

«Sul ticket meno esenzioni»

di MARGHERITA DE BAC

A PAGINA 3



Salute Il ministro Renato Balduzzi

Balduzzi: ticket più equi

«Si sta lavorando a un nuovo meccanismo sostitutivo degli attuali ticket che sia più equo, trasparente e omogeneo». Lo ha ribadito ieri al Tg1 il ministro della Salute Renato Balduzzi. «Se non vogliamo che dal gennaio del 2014 entrino in vigore nuovi ticket aggiuntivi per un valore di due miliardi di euro», ha affermato Renato Balduzzi, è necessario rivedere completamente il sistema. Si ipotizza quindi «una franchigia fino ad una certa soglia collegata con il reddito del cittadino e al suo patrimonio».

► **Il ministro** Il contributo non dovrebbe superare 30 euro per un pensionato che denuncia 10 mila euro

«Meno esenzioni sul ticket per chi guadagna di più»

Balduzzi: servizi gratuiti per i redditi bassi

ROMA — Funzionerà a grandi linee in questo modo. Il cittadino pagherà per visite ambulatoriali (ad esempio oculistica) e esami diagnostici (risonanza magnetica) una certa cifra in base al reddito. La spesa rimanente sarà a carico del servizio sanitario pubblico. Un nuovo meccanismo di ticket che dovrebbe portare a due risultati. Un sistema di compartecipazione più equo. E la riduzione delle persone esenti che potrebbero permettersi di sostenere un contributo e invece oggi ottengono tutto gratuitamente. Secondo il ministero della Salute si trovano in questa condizione 3,5 italiani su dieci.

Dopo l'approvazione definitiva del decreto sulla Sanità passato mercoledì scorso in Senato, il ministro della Salute Renato Balduzzi ha accelerato il lavoro su una riforma secondo lui necessaria che potrebbe vedere la luce già a gennaio con un altro decreto d'urgenza. Dice: «L'attuale organizzazione va rifondata secondo criteri di equità, trasparenza e omogeneità disegnando un nuovo tipo di percorso attraverso il quale il cittadino riceve assistenza. La soluzione tecnica è la franchigia». Il lavoro, non facile, è in mano all'Agenas. L'agenzia per i servizi sanitari diretta da Fulvio Moirano ha formulato delle ipotesi. Il contributo massimo non dovrebbe essere superiore a 30 euro per un pensionato con 10 mila euro di reddito, a 120 euro per un lavoratore con 40 mila e a 300 euro per un professionista con 100 mila

di reddito l'anno. Il cambiamento riguarda la specialistica e i cosiddetti codici bianchi al pronto soccorso, cioè gli interventi senza le caratteristiche dell'emergenza che non devono gravare sugli ospedali. Non riguarda invece i farmaci dove i ticket sono di competenza delle singole Regioni.

Chiarisce Balduzzi: «L'obiettivo è evitare che sui malati ricada il peso dei 2 miliardi di euro legati all'introduzione dei ticket, come prevede la finanziaria di metà estate 2011, a firma Tremonti, che scatta l'1 gennaio del 2014». La Corte Costituzionale su ricorso del Friuli Venezia Giulia in realtà ha dichiarato illegittimo lo strumento attraverso il quale la norma sarebbe stata attuata, cioè un regolamento concordato tra Stato e Regioni.

Balduzzi non tiene conto dell'imminente scadenza del governo di cui fa parte. Il rischio è di proporre un sistema che non toccherebbe né a lui né a questo esecutivo Monti di mettere in campo. Segno che in cuor suo il ministro pensa di restare al suo posto? «Io non escludo niente — risponde —. Analizzare il problema è in ogni caso una questione di responsabilità. Lasciamo ai nostri successori un lavoro già compiuto, non partiranno da zero. I ticket in arrivo nel 2014 sono insostenibili».

Un altro vantaggio delle franchigie, sempre secondo una valutazione di Agenas, è la dissuasione nel richiedere visite inutili e non appropriate mentre resterebbero tu-

telati quelle più costose e frequenti: «Un contributo uguale e proporzionalmente minimo può essere versato da tutti anche dai malati con un certo reddito».

Quali altri cambiamenti si profilano all'orizzonte in sanità? Il prossimo impegno è una legge contenitore (omnibus), ora in Senato, avviata quando il ministro della Salute era Ferruccio Fazio. Ingloba una serie di misure che completano il quadro del decreto. L'intesa con la Commissione Senato è, tra l'altro, di inserire un emendamento per allargare su tutto il territorio nazionale l'anestesia epidurale per le partorienti. Se le intenzioni verranno confermate, l'intenzione comune è di approvare la legge in sede deliberante senza farla passare per l'aula.

In questo modo viene fissato un ulteriore vincolo per inserire l'epidurale tra i nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza), cioè le cure che devono essere offerte in modo uniforme in ogni ospedale e servizio pubblico. Iniziativa già tentata da altri governi senza che poi si riuscisse a trovare la copertura finanziaria. L'elenco comprende 6 mila voci circa ed è fermo dal 2001. Deve essere aggiornato entro la fine del 2012 anche con l'inserimento di nuove patologie. Non si prevedono grossi tagli ma la riduzione dell'accessibilità a certe cure.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

» Corriere della Sera > Salute > *Tagli alla sanità per 14 miliardi«Sono a rischio 250 ospedali»*

INTERVENTO IN TRE ANNI. «EFFETTO SULLE STRUTTURE ACCREDITATE»

Tagli alla sanità per 14 miliardi «Sono a rischio 250 ospedali»

Il rapporto dell'Aiop: ticket più alti e attese. Dodicimila persone potrebbero perdere il posto di lavoro



ROMA - Rispetto a quattro anni fa è cambiato molto poco. Non si è abbassata la percentuale degli italiani utilizzatori dei servizi sanitari che hanno sperimentato almeno una volta le code per visite o esami: 6 su 10. Secondo un'indagine della società

Ermeneia, sono diminuite le attese tra 30 e 120 giorni, in compenso hanno avuto uno scatto quello che superano i quattro mesi. Il mancato alleggerimento di questo fenomeno, al quale

📍 📄 📧 -A A+

💬 Commenti dei lettori 17

👍 1,3mila 7 93

👍 Mi piace +1 🐦 Tweet

NOTIZIE CORRELATE

- [Si chiama crisi la malattia che adesso minaccia gli anziani](#)

PIÙ letti di SALUTE

OGGI SETTIMANA MESE

- 1 Pronto soccorso per i bambini | Video
- 2 Che cosa si può fare per non sentirsi sempre più «a disagio»
- 3 Hai un figlio? Il tuo voto vale uno e mezzo
- 4 L'insorgere delle prime difficoltà

IN PRIMO piano

CRONACHE
La Borsa a picco. spread sopra 250

» Corriere Della Sera > Roma > Sanità, Il Piano Di Bondi: Tagli Per 900milioni

SPENDING REVIEW

Sanità, il piano di Bondi: tagli per 900milioni

Assemblea al San Filippo Neri, uno dei 4 ospedali che il commissario vuole chiudere. La Uil: «Pronti alle barricate»



Assemblea generale dei dipendenti al San Filippo (Jpeg)

ROMA - Tagli per 900 milioni e chiusura di 4 ospedali (Cto, Forlanini, Oftalmico e Eastman). Per il resto, tutto rimandato alla fine dell'anno. Dopo oltre sei ore di riunione al ministero dell'Economia tra il commissario per la sanità del Lazio, Enrico Bondi, e i direttori generali delle aziende ospedaliere, il governo ha diffuso un comunicato in cui Bondi traccia gli obiettivi e le linee di azione del suo piano e annuncia una serie di incontri nelle prossime settimane.

📍 📄 🔒 - A A +

👍 61 1 10

📘 Mi piace 📄 +1 🐦 Tweet

NOTIZIE CORRELATE

- [Decreto Bondi: dimezzati i tagli alla Sanità Ospedali convertiti in centri per malati cronici \(08/12/2012\)](#)
- [Ospedali di Roma e Lazio.](#)

COSA FARE A ROMA



SERVIZI A ROMA



TROVO A ROMA

[Tutte le categ](#)

🔍 Cerca negozi e servizi nella tua città

Roma





Sanità/ Monti: Sostenibilità Ssn potrebbe non essere garantita

TM news | 1 | Crea Alert | 27-11-2012

Politica - Palermo, 27 nov. (TMNews) - "Le proiezioni di crescita e invecchiamento della popolazione mostrano che la sostenibilità futura dei sistemi sanitari, incluso il nostro servizio sanitario nazionale di ...

[Leggi la notizia](#)

Persone: [mario monti](#) [ricerca biomedica](#)

Organizzazioni: [sanità](#) [ssn](#)

Luoghi: [palermo](#)

Tags: [sostenibilità](#) [finanziamento](#)



CONDIVIDI QUESTA PAGINA SU



Facebook



Twitter



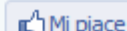
Friendfeed



Buzz



RSS

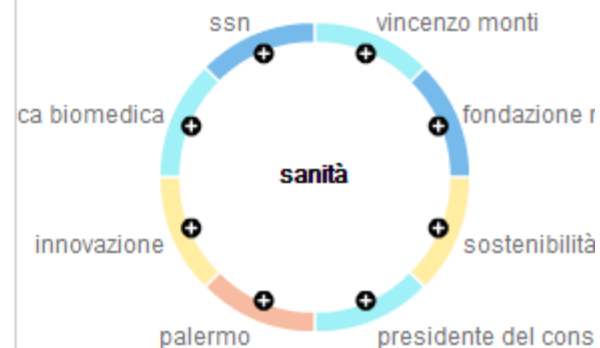


Mi piace



Sign Up per vedere cosa piace ai tuoi amici.

Tag Persone Organizzazioni Luoghi Prodotti



ALTRE FONTI (142)

POLITICA

27/11/2012 - IL CASO

Monti: "Servizio sanitario nazionale a rischio, ora serve riorganizzazione"

Il premier: trovare nuovi modelli da affiancare alla spesa pubblica. Ira Cgil: vuole svendere ai privati

ROMA

La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale potrebbe «non essere garantita», se non si individueranno nuove modalità di finanziamento e organizzazione dei servizi e prestazioni. Collegato in videoconferenza a Palermo, in occasione della presentazione del progetto per il nuovo Centro per le biotecnologie e la ricerca biomedica della Fondazione Rimed, che sorgerà vicino il capoluogo siciliano, il



Il presidente del Consiglio, Mario Monti

+ Effetto "tagli agli sprechi" Crolla l'assistenza sanitaria PAOLO RUSSO

+ Monti: "Servizio sanitario nazionale sostenibile non significa privatizzare"

Ultimi Articoli

+ Tutti gli articoli



+ Le mail dei cittadini ai politici? Finiscono nel cestino



+ "Berlusconi hai rotto il c..." In Rai scoppia il caso Littizzetto



+ Mont: "Niente drammi sui mercati Candidarmi? Ora non lo considero" Bersani: "Resti fuori dalla contesa"



+ Elezioni, Zaia: "La Lega andrà da sola" Meloni dura: "Se il Pdl è questo lascio"



+ Merkel: "Ho lavorato bene con Monti" Barroso: "All'Ue serve un'Italia stabile"



+ Controconferenza stampa di Berlusconi Nel mirino Monti e il diktat tedesco

Ignazio Marino: «Troppi sprechi nella Sanità»

A cura di 100news.it [4 gennaio 2012] Pubblicato in: DALL'ITALIA, Società



(4 gennaio 2012) Sono molte le aree in cui la spesa può essere razionalizzata. Solo nel 2011 in Italia sono stati eseguiti 400 mila interventi chirurgici d'elezione, vale a dire quelli programmabili, non d'urgenza. In genere si viene ricoverati già la notte prima in ospedale.

*

Search...



Le prime pagine dei quotidiani

Le copertine dei settimanali

11:56 - CRISI: MERCATI IN TENSIONE E SPREAD IN SALITA, OCCHI SULL'ITALIA

VIDEO



Ecco come tornerà a galla il Concordia



Oscar Farinetti, l'inventore di Eataly



Il video del Messaggero sulla ferrovia Roma Viterbo



Cassano: «Gay in squadra? Spero di no». Apriti cielo!



Terremoto. Il crollo delle forme di grana padano

Ignazio Marino: troppi sprechi nella sanità

Ignazio Marino (Pd) “Troppi piccoli ospedali e interventi inutili”

di F. Ama.

(La Stampa, 3 gennaio 2012)

Di quali sprechi nella Sanità ha parlato con il presidente Monti?

«Sono molte le aree in cui la spesa può essere razionalizzata. Solo nel 2011 in Italia sono stati eseguiti **400 mila interventi chirurgici d'elezione**, vale a dire quelli programmabili, non d'urgenza. In genere si viene **ricoverati già la notte prima in ospedale**. Questo costa allo Stato circa 900 euro a persona, soldi totalmente buttati perché il ricovero è del tutto inutile da un punto di vista sanitario e nessun paziente, se potesse scegliere, chiederebbe di rimanere per un giorno in ospedale anziché a casa propria. Ma quello che più è scandaloso è che la Regione più virtuosa è il Friuli dove in media ci si ricovera circa un giorno prima e che esistano invece Regioni come il Lazio dove la media è di un ricovero 2,8 giorni prima, vale a dire 3 mila euro buttati a paziente. O alcune Regioni del Sud dove il ricovero preoperazione arriva anche a 6 giorni prima, 6 mila euro a paziente buttati».



Ignazio Marino: troppi sprechi nella sanità

In totale quanto si potrebbe risparmiare eliminando i ricoveri prima degli interventi non urgenti?

«Almeno 400 milioni di euro ma in realtà molto di più perché gli interventi inutili sono tantissimi. Prendiamo le colicistectomie, ad esempio.

In Italia la degenza media è di quattro giorni. In Paesi come la Gran Bretagna o gli Stati Uniti nemmeno un giorno.

Come mai? Sono meno capaci i nostri medici? Ci mancano i tecnici o i professionisti?

Non credo proprio. Il nostro è un problema di organizzazione. Questo ci costa altri 400 milioni di euro».



Ignazio Marino: troppi sprechi nella sanità

Quali sono gli altri sprechi di cui ha parlato al presidente Monti?

«Gli ospedali al di sotto dei cento posti letto privi di una Guardia con anestesista e rianimatore 24 ore su 24. In tanti muoiono perché vengono trasportati in queste strutture dove non possono ricevere l'assistenza necessaria e devono essere trasferiti altrove, una perdita di tempo che può rivelarsi fatale.

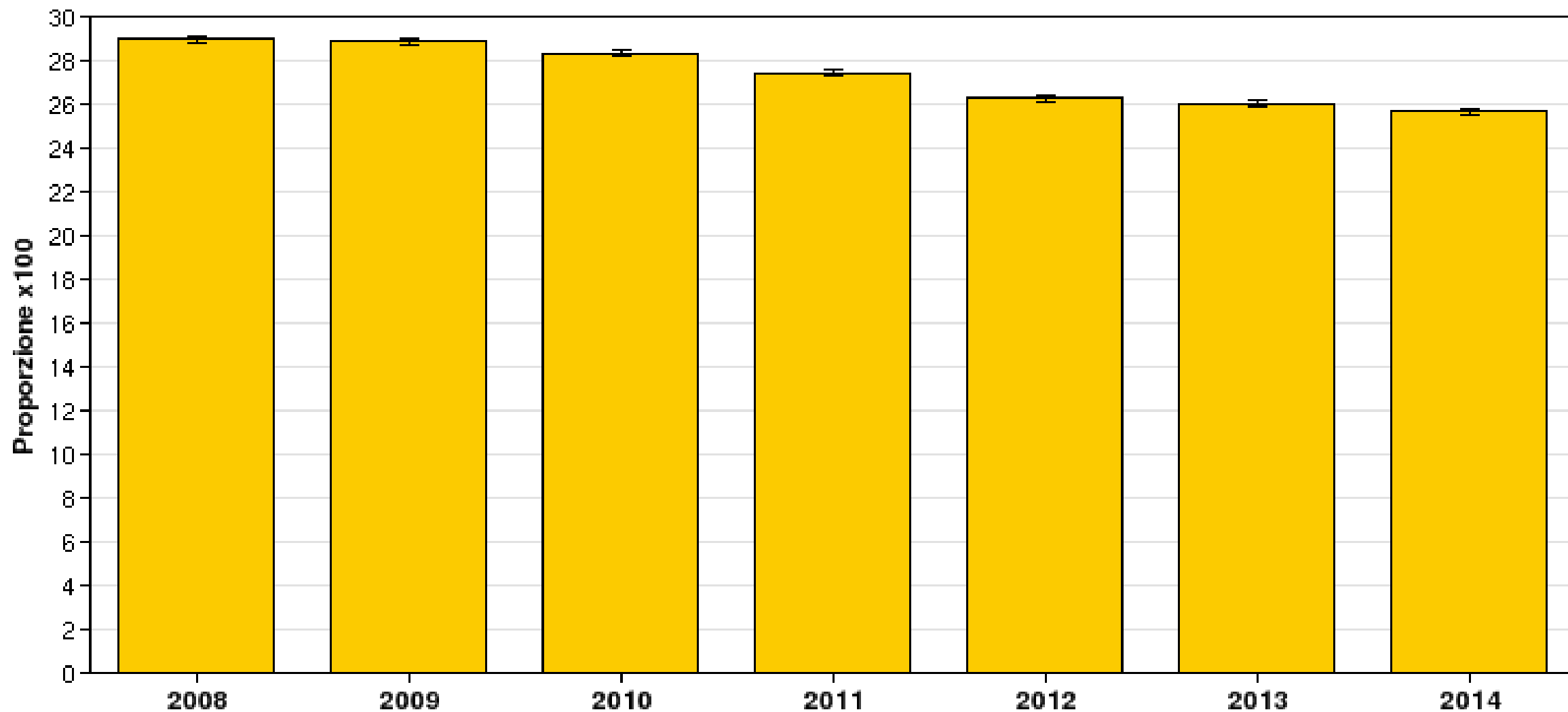
In questo caso il risparmio ammonterebbe a molti miliardi di euro.

Oppure i parti cesarei, una cifra spropositata e inutilmente onerosa il nostro 37% rispetto al tetto del 13% previsto dall'Oms.

E poi lo 0,5% del Fondo Sanitario Nazionale speso in consulenze, altri 500 mila euro di risparmi possibili».

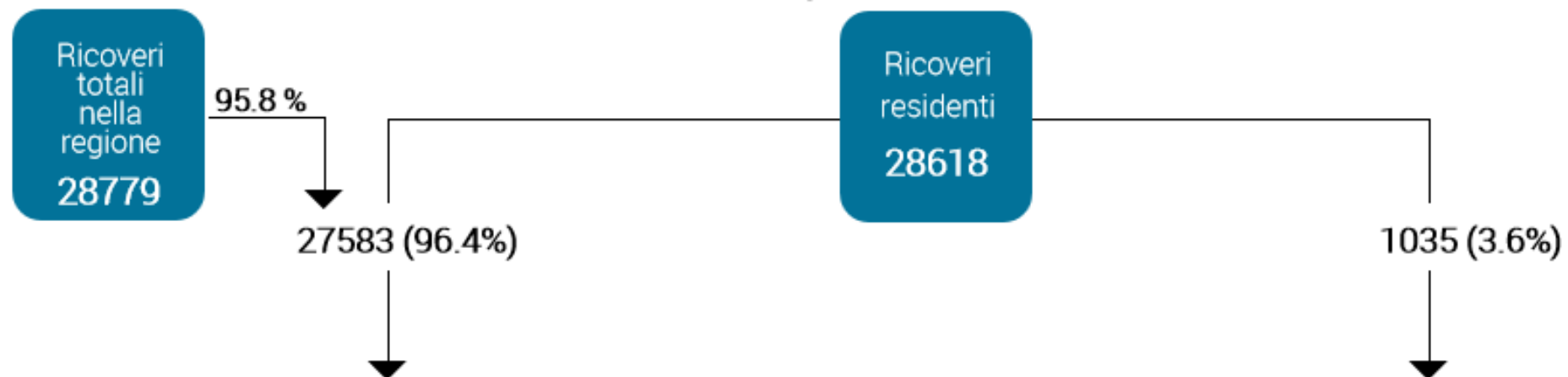


Proporzione di parti con taglio cesareo primario



Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Emilia Romagna 01-01-2014 - 30-11-2014



Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
A.O.U.U. di Bologna	Bologna	2587	9.0	19.67
A.O.U.U. di Modena	Modena	2243	7.8	15.80
A.O. di Reggio Emilia	Reggio Nell'emilia	1515	5.3	13.46
A.O.U.U. di Parma	Parma	1928	6.7	17.59
Osp. Infermi	Rimini	2162	7.6	13.77
Osp. M. Bufalini	Cesena	1662	5.8	19.13
Osp. C.A. Pizzardi	Bologna	2434	8.5	17.75
Altre strutture		13052	45.6	

Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Altre strutture		1035	3.6	



*Rischio aggiustato calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio

BPCO

Provincia di Ferrara 01-01-2014 - 30-11-2014



Ricoveri
residenti
604

589 (97.5%)

15 (2.5%)

Ricoveri in strutture della stessa regione

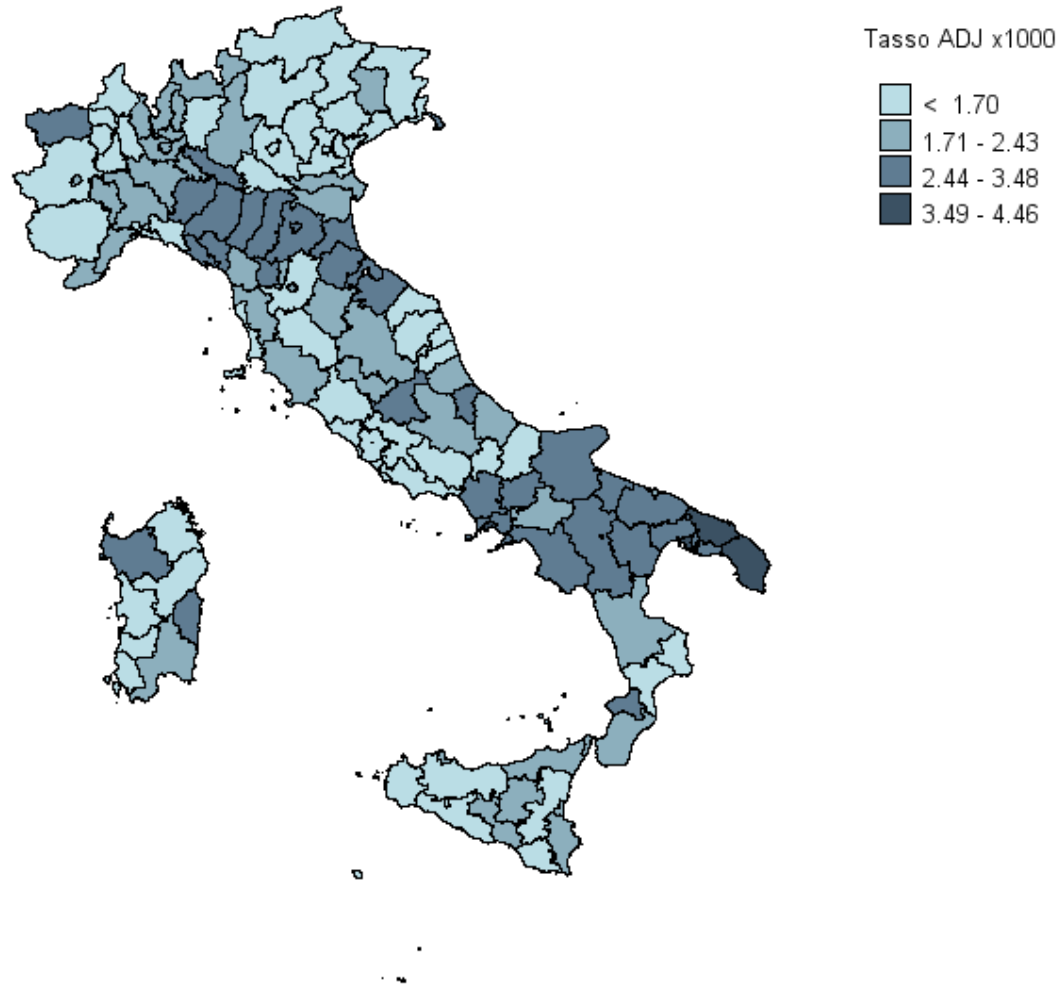
Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri
Altre strutture		59	9.8
A.O.U.U. di Ferrara	Ferrara	259	42.9
Osp. del Delta	Lagosanto	99	16.4
Osp. S.S. Annunziata	Cento	90	14.9
Osp. Mazzolani Vandini	Argenta	45	7.5
CCA Salus SRL	Ferrara	37	6.1

Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri
Altre strutture		15	2.5



Ospedalizzazione per BPCO



DRG	N. dimiss. tot. S.Anna	N. dimiss. S.Anna con deg. preop. >=1 g.	N. dimiss. tot. altre AOSP	N. dimiss. altre AOSP con deg. preop. >=1 g.	% dimiss. S.Anna con deg. preop. >=1 g.	% dimiss. altre AOSP con deg. preop. >=1 g.	Numero indice
039 C-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	101	12	182	42	11.9	23.1	0.51
040 C-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	121	12	446	48	9.9	10.8	0.92
042 C-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	114	8	613	153	7.0	25.0	0.28
050 C-Sialoadenectomia	52	3	261	93	5.8	35.6	0.16
053 C-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	180	31	590	115	17.2	19.5	0.88
055 C-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	231	15	1185	157	6.5	13.2	0.49
059 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	106	5	109	7	4.7	6.4	0.73
060 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	134	1	490	16	0.7	3.3	0.23
063 C-Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	56	11	375	178	19.6	47.5	0.41
162 C-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	54	8	348	66	14.8	19.0	0.78
169 C-Interventi sulla bocca senza CC	60	4	296	64	6.7	21.6	0.31
261 C-Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	53	2	311	15	3.8	4.8	0.78
266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	125	18	1116	184	14.4	16.5	0.87
340 C-Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	75	12	295	158	16.0	53.6	0.30
557 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	83	9	163	62	10.8	38.0	0.29

CON TEST CHI-QUADRATO NON SIGNIFICATIVO

DRG	N. dimiss. tot. S.Anna	N. dimiss. S.Anna con deg. preop. >=1 g.	N. dimiss. tot. altre AOSP	N. dimiss. altre AOSP con deg. preop. >=1 g.	% dimiss. S.Anna con deg. preop. >=1 g.	% dimiss. altre AOSP con deg. preop. >=1 g.	Numero indice
041 C-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	34	4	243	21	11.8	8.6	1.36
151 C-Lisi di aderenze peritoneali senza CC	34	16	108	47	47.1	43.5	1.08
158 C-Interventi su ano e stoma senza CC	68	16	358	79	23.5	22.1	1.07
160 C-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	40	12	297	69	30.0	23.2	1.29
227 C-Interventi sui tessuti molli senza CC	33	15	393	125	45.5	31.8	1.43
268 C-Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	83	24	243	49	28.9	20.2	1.43
337 C-Prostatectomia transuretrale senza CC	50	24	435	205	48.0	47.1	1.02
341 C-Interventi sul pene	23	11	294	133	47.8	45.2	1.06
343 C-Circoncisione, età < 18 anni	40	25	272	144	62.5	52.9	1.18
364 C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	41	4	207	7	9.8	3.4	2.89
402 C-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	21	7	180	49	33.3	27.2	1.22
538 C-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	58	25	516	184	43.1	35.7	1.21



**TAV.3 - ELENCO DRG CON % CASI S.ANNA CON ≥ 1 GIORNO DI PREOPERATORIO > % ALTRE AOSP R.E.R.
CON TEST CHI-QUADRATO SIGNIFICATIVO**

DRG	N. dimiss. tot. S. Anna	N. dimiss. S. Anna con deg. preop. ≥ 1 g.	N. dimiss. tot. altre AOSP	N. dimiss. altre AOSP con deg. preop. ≥ 1 g.	% dimiss. S. Anna con deg. preop. ≥ 1 g.	% dimiss. altre AOSP con deg. preop. ≥ 1 g.	Numero indice
008 C-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	34	19	320	104	55.9	32.5	1.72
219 C-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	25	23	115	48	92.0	41.7	2.20
224 C-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	27	22	522	147	81.5	28.2	2.89
225 C-Interventi sul piede	41	36	498	102	87.8	20.5	4.29
234 C-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	73	56	146	58	76.7	39.7	1.93
257 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	26	18	176	25	69.2	14.2	4.87
258 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	66	34	376	36	51.5	9.6	5.38
259 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	29	14	168	30	48.3	17.9	2.70
260 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	180	77	789	52	42.8	6.6	6.49
289 C-Interventi sulle paratiroidi	34	14	97	15	41.2	15.5	2.66
290 C-Interventi sulla tiroide	224	67	1106	171	29.9	15.5	1.93
311 C-Interventi per via transuretrale senza CC	158	74	1493	565	46.8	37.8	1.24

**TAV.3 - ELENCO DRG CON % CASI S.ANNA CON ≥ 1 GIORNO DI PREOPERATORIO $>$ % ALTRE AOSP R.E.R.
CON TEST CHI-QUADRATO SIGNIFICATIVO**

DRG	N. dimiss. tot. S. Anna	N. dimiss. S. Anna con deg. preop. ≥ 1 g.	N. dimiss. tot. altre AOSP	N. dimiss. altre AOSP con deg. preop. ≥ 1 g.	% dimiss. S. Anna con deg. preop. ≥ 1 g.	% dimiss. altre AOSP con deg. preop. ≥ 1 g.	Numero indice
359 C-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	185	122	2105	104	65.9	4.9	13.35
360 C-Interventi su vagina, cervice e vulva	21	17	99	17	81.0	17.2	4.71
371 C-Parto cesareo senza CC	47	15	1047	188	31.9	18.0	1.78
408 C-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	159	71	731	123	44.7	16.8	2.65
461 C-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	34	12	430	85	35.3	19.8	1.79
494 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	101	43	1006	196	42.6	19.5	2.19
503 C-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	29	20	279	51	69.0	18.3	3.77
515 C-Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	23	22	196	92	95.7	46.9	2.04
540 C-Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	24	15	170	57	62.5	33.5	1.86

CALCOLO DEG. MEDIA PREOPERATORIA * E GIORNATE IN ECCESSO RISPETTO ALLO STANDARD >=10 GG.

DRG	N. dim. S. Anna *	Deg. media preop. osservate S. Anna	Deg. media preop. altre AOSP	Giornate di degenza preoperatoria	Gg. preop. attese S. Anna	Gg. preop. S. Anna in eccesso
359 C-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	182	0.71	0.06	129	11	118
260 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	180	0.43	0.07	78	12	66
408 C-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	156	0.55	0.18	86	28	58
234 C-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	70	1.03	0.45	72	32	40
311 C-Interventi per via transuretrale senza CC	154	0.65	0.41	100	63	37
290 C-Interventi sulla tiroide	222	0.31	0.18	69	39	30
225 C-Interventi sul piede	41	0.93	0.21	38	9	29
258 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	65	0.52	0.11	34	7	27
494 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	96	0.49	0.25	47	24	23
224 C-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	27	1.00	0.30	27	8	19
360 C-Interventi su vagina, cervice e vulva	21	1.10	0.23	23	5	18
503 C-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	29	0.83	0.20	24	6	18
219 C-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	22	1.27	0.47	28	10	18
515 C-Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	22	1.27	0.56	28	12	16
257 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	26	0.69	0.15	18	4	14
				801		531

Sei qui: [Home](#) > [News](#) > [Sanità](#)

Ricerca sul sito

27.12.2011 - ore 11.52

Auto blu in Sanità, Marino: ridurle e coi risparmi migliorare i servizi

Ridurre le auto blu delle Asl e destinare i risparmi a migliorare i servizi ai cittadini. È quanto chiede Ignazio Marino, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sui Ssn. "È necessario -sottolinea- un intervento urgente e risoluto per ridurre il numero eccessivo delle auto blu in dotazione a Asl e ospedali". "I mezzi di trasporto autorizzati- continua l'esponente democratico – dovrebbero essere solo quelli che servono a svolgere i servizi sanitari, per esempio per trasportare un chirurgo d'urgenza nel caso di emergenze o per altre situazioni simili che possono essere utili per salvare la vita delle persone".

"Non si comprende, invece, perché un dirigente aziendale debba avere a disposizione un'automobile con relativo autista e non possa spostarsi con i mezzi propri. Le risorse economiche recuperate con il taglio alle auto blu - conclude – potrebbero essere destinate a colmare alcune delle tante carenze degli ospedali e potrebbero servire anche ai direttori generali per dimostrare la loro capacità di razionalizzare le spese e chiedere in cambio, per esempio, la fine del blocco del turn over per i medici".



Articoli simili

- [Balduzzi: basta tagli in Sanità, ma lotta a inefficienze](#)
- [Ospedali-università, Fazio: visione comune su formazione e assistenza](#)
- [Ospedali, italiani soddisfatti dei servizi. In un anno 14,3 milioni di accessi](#)
- [SANITA': FAZIO, PREOCCUPATO PER BLOCCO INVESTIMENTI =](#)
- [Fazio: preoccupato per blocco degli investimenti in Sanità](#)



E-MAGAZINE

Inserisci la tua e-mail per ricevere il Magazine settimanale nella tua casella di posta.

la tua e-mail
 privacy

ULTIME NEWS

Farmaci
Vaccini

13.11.2012 Influenza, medici di famiglia: non banalizzare i sintomi, vaccinarsi

SEGUI IL GIORNALE DEL WEB

 **Il Giornale del web** on Facebook
Like 130,130

130,130 people like **Il Giornale del web**.



Sanità



Tagliate i chirurghi incapaci

DI IGNAZIO MARINO










Eliminare posti letto negli ospedali per risparmiare: è questo in sintesi il diktat imposto dal governo con la spending review per la sanità. Sebbene la media nei paesi economicamente più avanzati sia di 5,2 posti letto ogni mille abitanti, l'Italia, sempre più povera e in crisi, ha deciso di scendere a 3,7. Ma con quali criteri tagliare? Il ministero questo non lo dice. Si potrebbe, invece, cominciare a guardare quanti reparti sono inadeguati o incongrui. Prendiamo ad esempio gli interventi per tumore allo stomaco. Al Policlinico Umberto I di Roma sono 15 i reparti di chirurgia dove si esegue questa operazione ma su 82 interventi del 2011, un solo reparto ne ha realizzati 16, tutti gli altri si sono fermati a meno di dieci e in alcuni

casi solo uno a stagione. A Firenze, all'Ospedale Careggi, lo stesso tipo di tumore viene operato in sette divisioni di chirurgia e nel 2011 gli interventi sono stati 118. Il reparto più attivo ne ha realizzati 31, il secondo 23, il terzo 20 e uno ne ha eseguiti solo quattro. Sono in buone mani quei pazienti che si operano per un cancro allo stomaco, che necessita di un team preparato e di alta tecnologia, in un reparto dove l'esperienza si limita a un intervento in primavera e il seguente in estate? Il buon senso, oltre che la scienza, dicono di no, del resto chi si farebbe sostituire i freni della macchina prima di un lungo viaggio da un meccanico che lo fa una o due volte l'anno? Invece di tagliare posti letto indiscriminatamente, si dovrebbero concentrare le risorse in pochi reparti chirurgici altamente specializzati, garantendo sicurezza e qualità delle cure. Perché allora disperdere risorse umane e tecnologiche in mille rivoli inutili e inefficienti, quando non addirittura pericolosi? Abbiamo gli strumenti per attuare una spending review che non danneggi i pazienti ma che incida su sprechi, errori organizzativi e inefficienze. Usiamoli visto che la nostra vita e la nostra salute dipendono da queste misure.

Search for in [Advanced Search](#)[Home](#) | [Journals](#) | [Specialties](#) | [Clinical](#) | [Global Health](#) | [Audio](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Healthcare Jobs](#)The Lancet Oncology, [Volume 12, Issue 10](#), Pages 933 - 980, September 2011[< Previous Article](#)doi:10.1016/S1470-2045(11)70141-3  [Cite or Link Using DOI](#)Access this article on
[SciVerse ScienceDirect](#) 

Delivering affordable cancer care in high-income countries

Prof [Richard Sullivan MD](#) , Prof [Jeffrey Peppercorn MD](#) , Prof [Karol Sikora FRCP](#) , Prof [John Zalcberg FRACP](#) , Prof [Neal J Meropol MD](#) , [Eitan Amir MBChB](#) , [David Khayat MD](#) , Prof [Peter Boyle PhD](#) , [Philippe Autier PhD](#) , Prof [Ian F Tannock MD](#) , [Tito Fojo MD](#) , [Jim Siderov MCLinPharm](#) , [Steve Williamson MRPharmS](#) , [Silvia Camporesi PhD](#) , Prof [J Gordon McVie MD](#) , Prof [Arnie D Purushotham MD](#) , Prof [Peter Naredi MD](#) , Prof [Alexander Eggermont MD](#) , Prof [Murray F Brennan MD](#) , Prof [Michael L Steinberg MD](#) , Prof [Mark De Ridder MD](#) , [Susan A McCloskey MD](#) , Prof [Dirk Verellen PhD](#) , [Terence Roberts MD](#) , Prof [Guy Storme MD](#) , Prof [Rodney J Hicks FRACP](#) , Prof [Peter J Ell FmedSci](#) , [Bradford R Hirsch MD](#) , Prof [David P Carbone MD](#) , Prof [Kevin A Schulman MD](#) , [Paul Catchpole PhD](#) , Prof [David Taylor BSc](#) , [Jan Geissler PhD](#) , [Nancy G Brinker](#) , Prof [David Meltzer MD](#) , Prof [David Kerr MD](#) , Prof [Matti Aapro MD](#)

Summary

The burden of cancer is growing, and the disease is becoming a major economic expenditure for all developed countries. In 2008, the worldwide cost of cancer due to premature death and disability (not including direct medical costs) was estimated to be US\$895 billion. This is not simply due to an increase in absolute numbers, but also the rate of increase of expenditure on cancer. What are the drivers and solutions to the so-called cancer-cost curve in developed countries? How are we going to afford to deliver high quality and equitable care? Here, expert opinion from health-care professionals, policy makers, and cancer survivors has been gathered to address the barriers and solutions to delivering affordable cancer care. Although many of the drivers and themes are specific to a particular field—eg, the huge development costs for cancer medicines—there is strong concordance running through each contribution. Several drivers of cost, such as over-use, rapid expansion, and shortening life cycles of cancer technologies (such as medicines and imaging modalities), and the lack of suitable clinical research and integrated health economic studies, have converged with more defensive medical practice, a less informed regulatory system, a lack of evidence-based sociopolitical debate, and a declining degree of fairness for all patients with cancer. Urgent solutions range from re-engineering of the macroeconomic basis of cancer costs (eg, value-based approaches to bend the cost curve and allow cost-saving technologies), greater education of policy makers, and an informed and transparent regulatory system. A radical shift in cancer policy is also required. Political toleration of unfairness in access to affordable cancer treatment is unacceptable. The cancer profession and industry should take responsibility and not accept a substandard evidence base and an ethos of very small benefit at whatever cost; rather, we need delivery of fair prices and real value from new technologies.


Article Options

Summary

[Full Text](#)[PDF \(1.575 KB\)](#)[Printer Friendly Version](#)[Download images](#)[Request permission](#)[Export Citation](#)[Create Citation Alert](#)

Linked Articles

[Comment Striking a balance between idealism and fatalism](#) 

[Comment ...And the only side-effects are good ones](#) 

[Comment Challenges related to palliative care](#) 

[Comment Paediatric oncology: are there ways to bend the costs?](#) 


[Comment Caring for patients with haematological malignancies](#) 

Ben 25 miliardi di sprechi in sanità nel 2014



A pesare di più le troppe prestazioni inefficaci o costose e la corruzione

 **SANTÀ**

 Mi piace

Condividi

34

 Tweet

 Condividi



Publicato il: 27/07/2015 16:22

Ben 25 miliardi di euro sono stati sprecati in sanità nel 2014, circa il 23% del totale della spesa, 111,4 miliardi. Le voci che hanno gravato di più sono l'eccessivo numero di prestazioni inefficaci, inappropriate o troppo costose rispetto ai benefici reali (7,6 mld) e la corruzione, male italico che si annida anche nel Ssn (5,13 mld). Questi dati frutto di un'indagine della Fondazione Gimbe, illustrati durante la X conferenza nazionale Gimbe lo scorso marzo a Bologna. E' su queste voci che bisognerebbe agire per recuperare risorse da investire nel Ssn.

Gli sprechi, infatti, rappresentano una voragine da 25 miliardi di euro, sottratti a servizi essenziali e innovazione. Di questi, secondo Gimbe, "il 30%, circa 7,69 mld, viene assorbito dal sovrautilizzo di interventi sanitari inefficaci, inappropriati o dai costi elevati rispetto ai benefici reali". Troppe prestazioni che non sempre servono: altro che 'less is



LA LEGGE DI STABILITA'

Sanità, tagli per 15 miliardi in tre anni

L'ipotesi del rincaro dei ticket. La Corte dei conti lancia l'allarme per i bilanci delle Regioni.

Il rialzo dell'Iva al 13 e 25% è solo rinviato di 12 mesi, non ancora cancellato



10



di Mario Sensini

ROMA - Per il 2016 tutto sommato è andata bene. Invece di 113,1 miliardi il Fondo Sanitario nazionale ne riceverà 111, uno in più di quest'anno. Per il futuro, però, il conto che la sanità sarà chiamata a pagare rischia di essere molto, molto più salato. Sulla carta, scritto nell'ultima bozza della legge di Stabilità, ci sono tagli di spesa che potrebbero arrivare a 15 miliardi di euro tra il 2017 e il 2019.

La manovra, trasmessa ieri al Quirinale per la firma e attesa al Senato lunedì, prevede infatti un contributo a carico delle Regioni di 3,9 miliardi nel 2017 e di 5,4 miliardi nel 2018 e 2019. In tutto sono 14,7 miliardi di euro da recuperare con lo stesso meccanismo con i quali sono stati operati gli ultimi tagli al Fondo sanitario: intesa tra le Regioni, o intervento d'imperio dell'esecutivo. Con quei tagli il Fondo sanitario rimarrebbe congelato a 111 miliardi di euro per tutto il prossimo triennio. In termini reali sarebbe una riduzione netta rilevante. E stare dentro quel tetto sarà molto più difficile per le Regioni, considerato che già oggi otto di loro non riescono a rispettarlo e sono costrette ad alzare addizionali e ticket (saliti del 26% dal 2008) per compensare.



Una matrice delle decisioni

Una matrice delle decisioni

Punto di partenza: tutte le organizzazioni sanitarie impiegano attualmente risorse, in un modo o nell'altro.

Ogni variazione del modo in cui è prestata l'assistenza influirà probabilmente sia sugli outcome sia sui costi sanitari.



Una matrice delle decisioni

Deducendo prima e collegando poi stime dei costi relativi e degli outcome di procedure alternative in esame, si dovrebbe essere in grado di capire se la sostituzione del trattamento attuale con qualche nuova procedura determini:

- ▶ Aumento dei costi e miglioramento dell'outcome (rispetto all'attuale); in questo caso, occorre valutare se il costo addizionale vale i guadagni ottenuti (*efficienza allocativa*)
- ▶ Diminuzione dei costi e mantenimento o miglioramento dell'outcome attuale.

Le variazioni sono espresse sotto forma di matrice.



Una matrice delle decisioni

B1, C1, C2: la nuova procedura è vantaggiosa

A2, A3, B3: la nuova procedura è svantaggiosa

A1: i benefici sanitari addizionali giustificano i costi addizionali?

C3: i risparmi sui costi giustificano i benefici perduti?

B2: neutrale

		EFFICACIA		
		MAGGIORE	UGUALE	MINORE
COSTO	MAGGIORE	A1	A2	A3
	UGUALE	B1	B2	B3
	MINORE	C1	C2	C3



Razionamento e allocazione delle risorse

Alcune concettualizzazioni

Allocazione: *“Gli atti di distribuzione delle risorse...che non necessariamente implicano una riduzione degli elementi da distribuire”*

Gerarchizzazione: *«Lo stabilirsi di una graduatoria tra beni che non possono essere ottenuti tutti in una volta»*

Razionamento: *«Distribuzione di risorse limitate secondo specifici criteri laddove le necessità dei fruitori sono equamente uniformi e predicibili; Accesso deliberatamente ristretto di risorse necessarie e potenzialmente benefiche sulla base del solo costo»*

Razionalizzazione: *«Ottimizzare secondo ragione la distribuzione delle risorse sanitarie (materiali ed umane), in base a:*

- ▶ *Equità: uguale possibilità di accesso per uguali necessità sanitarie*
 - ▶ *Efficacia: risultati di salute per il paziente*
 - ▶ *Efficienza: a parità di efficacia la scelta meno dispendiosa»*
-



Meccanismo di razionamento

Per deterrenza (ticket, accessibilità)

Per ritardo (liste di attesa)

Per deflessione (ricovero impossibile senza richiesta del medico di base)

Per diluizione (riduzione della offerta attraverso la riduzione della quantità/qualità del servizio)

Per selezione (trattamento per i pazienti che presentano maggiori probabilità di successo)

Per interruzione (del trattamento)

Per rifiuto (esclusione di una prestazione/servizio dal finanziamento)



Livelli di allocazione (in sanità)

Macro-allocazione:

- ▶ *la parte del bilancio statale destinata alla sanità*
- ▶ *la distribuzione tra programmi di prevenzione, cura e riabilitazione*
- ▶ *la distribuzione tra programmi di cure primarie e specialistiche*

Micro-allocazione:

- ▶ *I criteri di accesso alle cure per il singolo paziente*
- ▶ *la “quantità” di assistenza da riservare al cittadino, una volta avuto accesso al servizio sanitario*



Criteri di allocazione

La scelta del valore prioritario:

- ▶ I diritti di libertà?
- ▶ L'utile di molti?
- ▶ Uguali diritti?
- ▶ La persona come valore “per se”?



Criteri di allocazione

Livello macro:

- ▶ Investimento adeguato in sanità secondo i principi di socialità e sussidiarietà (ai fini dell'equità)
- ▶ Il controllo pubblico sulla sanità
- ▶ La tutela ed il controllo di iniziative sanitarie private
 - ▶ Razionalizzazione in vista dell'efficacia coniugata (non prevaricata) all'efficienza
 - ▶ Razionamento su base epidemiologica
 - ▶ Intervento di sanitari a livello macro-allocativo



Criteri di allocazione

Livello micro:

- ▶ Cinque fattori relativi ai “bisogni medici” del paziente devono essere contestualmente considerati quando si allocano risorse:
 - ▶ La percentuale attesa di beneficio per il paziente
 - ▶ *L'impatto del trattamento nel migliorare la qualità della vita →*
 - ▶ *La durata del beneficio →*
 - ▶ *L'urgenza del bisogno medico del paziente →*
 - ▶ L'ammontare delle risorse richieste per un trattamento efficace



Criteri di micro-allocazione accettabili

L'impatto del trattamento nel migliorare la qualità della vita:

- ▶ Il problema di definire lo standard di qualità di vita
 - ▶ La dipendenza della qualità della vita da variabili soggettive (cultura, valori, preferenze, soglia individuale di percezione dolorosa)
 - ▶ Qualità di vita come “stato funzionale” variabile a seconda del trattamento erogato o meno
- ▶ Prima priorità: prevenire risultati estremamente poveri (morte, dolore incoercibile, ...)
- ▶ Solo grandi differenze nel miglioramento della qualità di vita sono eticamente rilevanti



Criteri di micro-allocazione accettabili

La durata del beneficio:

- ▶ la valutazione della aspettativa di vita, tenendo conto della difficoltà prognostica ed evitando ogni discriminazione in base alla sola età;
- ▶ i pazienti vanno valutati sulla base della loro storia medica e sulla prognosi personale, non meramente su dati statistici cumulativi



Criteri di micro-allocazione accettabili

L'urgenza del bisogno medico del paziente:

- ▶ L'urgenza prevale in generale, considerando però la durata e la qualità della vita attese. Va contemperata con altri aspetti:
 - ▶ percentuale di beneficio
 - ▶ persistenza o temporaneità della scarsità delle risorse richieste
 - ▶ valutazione della sopravvivenza senza danni irreparabili di altri pazienti coinvolti

No alla preferenza verso pazienti futuri con elevato bisogno rispetto a pazienti attuali con bisogno medio (in alcuni casi, va considerato l'ammontare delle risorse richieste per un trattamento efficace dunque, dare priorità ai pazienti che hanno bisogno di meno risorse massimizzerebbe il numero di vite salvate dato che più pazienti a basso consumo di risorse potrebbero beneficiare del trattamento)



Criteri di allocazione inappropriati

Solvibilità del paziente

Contributo del paziente alla società

Il fattore **età** singolarmente considerato

Il criterio **produttivo**

Professioni particolari

Ostacoli al trattamento (multipatologia, stili di vita, indigenza, ecc.)

Passato **utilizzo** di risorse

Responsabilità del paziente nello sviluppo della sua patologia



Sanità

Ti comporti male? Pagati le cure

DI IGNAZIO MARINO



Un contributo alle spese per il trasporto in ospedale se si chiama l'ambulanza per un malessere legato all'abuso di alcol o di droghe. È ciò che prevede una proposta di legge di un consigliere regionale dell'Umbria che introduce un principio inedito per l'Italia: la partecipazione alle spese sanitarie quando non ci si prende cura della propria salute. Si tratterebbe di una vera rivoluzione. Lo Stato, infatti, come è scritto nella Costituzione, tutela la salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività e, di conseguenza, le cure sono garantite a tutti. Un principio di civiltà che ha pochi uguali nel mondo. Ma quando l'individuo danneggia volutamente la propria salute bevendo, fumando, mangiando cibi grassi, non facendo alcuna attività sportiva, è giusto che le conseguenze ricadano sulla collettività? O

non dovrebbe in qualche modo esistere una differenza nell'assistenza a chi ha cura di sé e a chi, invece, lede la propria salute? In Gran Bretagna, per esempio, chi viene sottoposto a bypass aorto-coronarico è tenuto a dichiarare il proprio impegno a smettere di fumare. Se non lo fa, le cure sono a pagamento. La tassa francese sulle bibite gassate o quella sui grassi saturi della Danimarca riflettono lo stesso atteggiamento: penalizzare anche economicamente chi sceglie alimenti dannosi per la salute. Buona parte delle spese sanitarie attuali e future dipendono dagli stili di vita dei cittadini dei paesi industrializzati e di questo passo le risorse per la sanità non basteranno più per nessuno. Se non si riescono a ottenere risultati con le raccomandazioni, sarebbe così sbagliato intervenire sulle tasche degli irresponsabili?

Più risorse o gestione migliore?

Più risorse o gestione migliore?

La scarsità è diventata permanente; le richieste di risorse per i servizi sanitari saranno sempre maggiori delle risorse disponibili; questo rende necessaria una buona gestione delle risorse disponibili al presente.



Più risorse o gestione migliore?

Se l'obiettivo della Pubblica Amministrazione è il **miglioramento della salute**, il risultato può essere più soddisfacente se destiniamo una quota maggiore di risorse al miglioramento delle abitazioni o dell'istruzione anziché all'assistenza sanitaria.

La salute, infatti, è influenzata da **determinanti sociali** quali alloggio, istruzione, dieta, stile di vita, ambiente ... se la salute può essere migliorata anche in altri modi, il denaro addizionale allocato a queste altre determinanti potrebbe indurre maggiori miglioramenti alla salute rispetto alla spesa per assistenza sanitaria



Più risorse o gestione migliore?

«Lungo il percorso della metropolitana che attraversa Washington, dai quartieri poveri e neri a sud-est della città fino alla ricca e bianca contea di Montgomery, si guadagna un anno e mezzo di vita ogni miglio percorso: per un totale, ai due estremi della linea, di vent'anni di differenza nelle speranze di vita alla nascita». In altre parole, secondo il colore della pelle, il quartiere in cui si abita e le risorse economiche e culturali di cui si dispone, l'arco dell'esistenza nella capitale USA può variare attualmente da una media di 53-58 anni fino a 73-78.

(Michael Marmot in G. Padovani, «Il diritto negato», Il Pensiero Scientifico Editore, 2008, pag. 1)



Più risorse o gestione migliore?

Il divario nei tassi di malattia e di mortalità all'interno dei Paesi ricchi (Italia compresa), la sua ampiezza, la sua distribuzione geografica e soprattutto la sua costante associazione con la posizione sociale dei cittadini può essere spiegata da una sola ipotesi: anche nelle zone più sviluppate del pianeta, l'elemento che ha maggiore influenza sul benessere umano, dopo l'età, è la situazione socio-economica.

«The higher the income, the lower the mortality»

(G. Padovani, pag. 24)

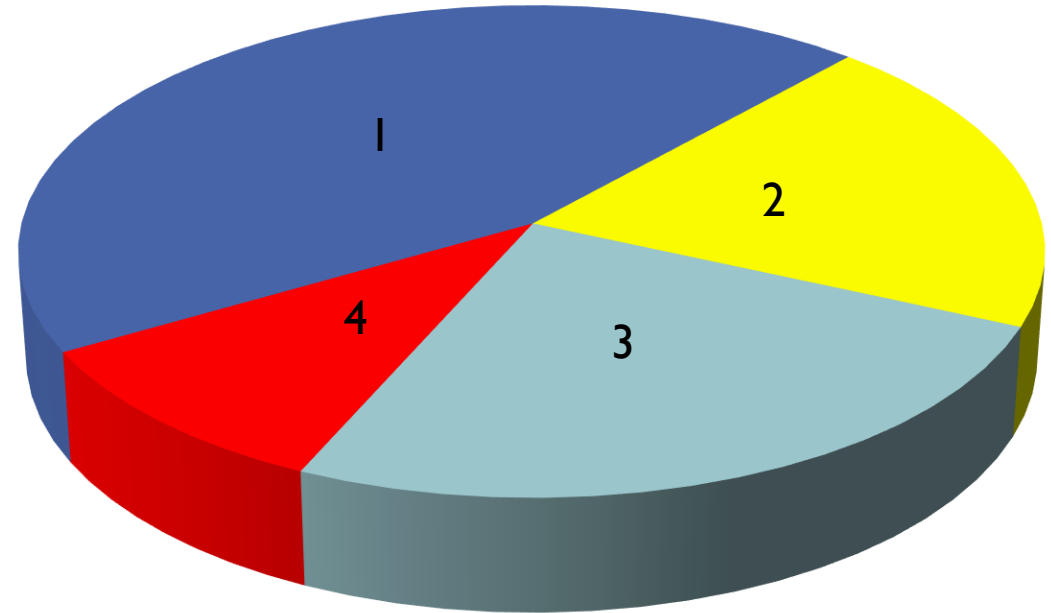


Più risorse o gestione migliore?

Fattori che influenzano la salute prima dei 75 anni:

1. Condizioni socio-economiche e culturali: 40-50%
2. Condizioni ambientali: 20%
3. Caratteristiche genetiche e costituzionali: 20-30%
4. Carenza interventi medici: 10-15%

(G. Padovani, pag. 25)



Il rapporto Beveridge

Il tenore di vita di cui potevano godere gli operai della città di York nel 1936 si può calcolare che fosse in complesso 30% superiore a quello del 1898. questo miglioramento nelle condizioni economiche si rifletteva nel miglioramento della salute fisica.

A Londra la mortalità diminuì dal 18,6 per mille nel 1900 a 11,4 per mille nel 1935, e la mortalità infantile da 159 per mille a 58 per mille.

A York la mortalità infantile diminuì da 161 per mille nel 1899 a 55 per mille nel 1936; e durante questo periodo di tempo la statura dei bambini che frequentavano le scuole aumentò di circa cinque centimetri, ed il loro peso di circa due chili e mezzo.



Il rapporto Beveridge

Il miglioramento del tenore di vita in Gran Bretagna nel trentennio precedente la guerra contiene due insegnamenti:

- 1. L'aumento di benessere durante quel periodo diminuì il bisogno, ma non lo ridusse a zero; la morale da trarne è che dobbiamo trovare il modo di aumentare ancor più il benessere. Il piano di Protezione Sociale mira a questo fine ...*
- 2. Questi confronti si riferiscono al periodo 1900-1936, e comprendono quindi la prima guerra mondiale. La morale che ne risulta è incoraggiante, perché dimostra che non bisogna concludere a priori che la guerra attuale debba portare come conseguenza la fine del progresso economico della Gran Bretagna e del resto del mondo*



Più risorse o gestione migliore?

Negli anni '70, lo scozzese Tom McKeown, basandosi su una serie di dati epidemiologici, sosteneva che negli ultimi 100 anni i servizi sanitari avevano avuto un ruolo del tutto secondario nel continuo e impressionante miglioramento delle condizioni generali di salute della popolazione inglese. L'imponente allungamento della vita media osservato tra il 1860 ed il 1960 sarebbe dovuto, nell'ordine, al miglioramento della nutrizione, a quello delle condizioni igieniche generali e, solo da ultimo, a interventi di natura sanitaria (*in primis*, le vaccinazioni)

(G. Padovani, pag. 26)



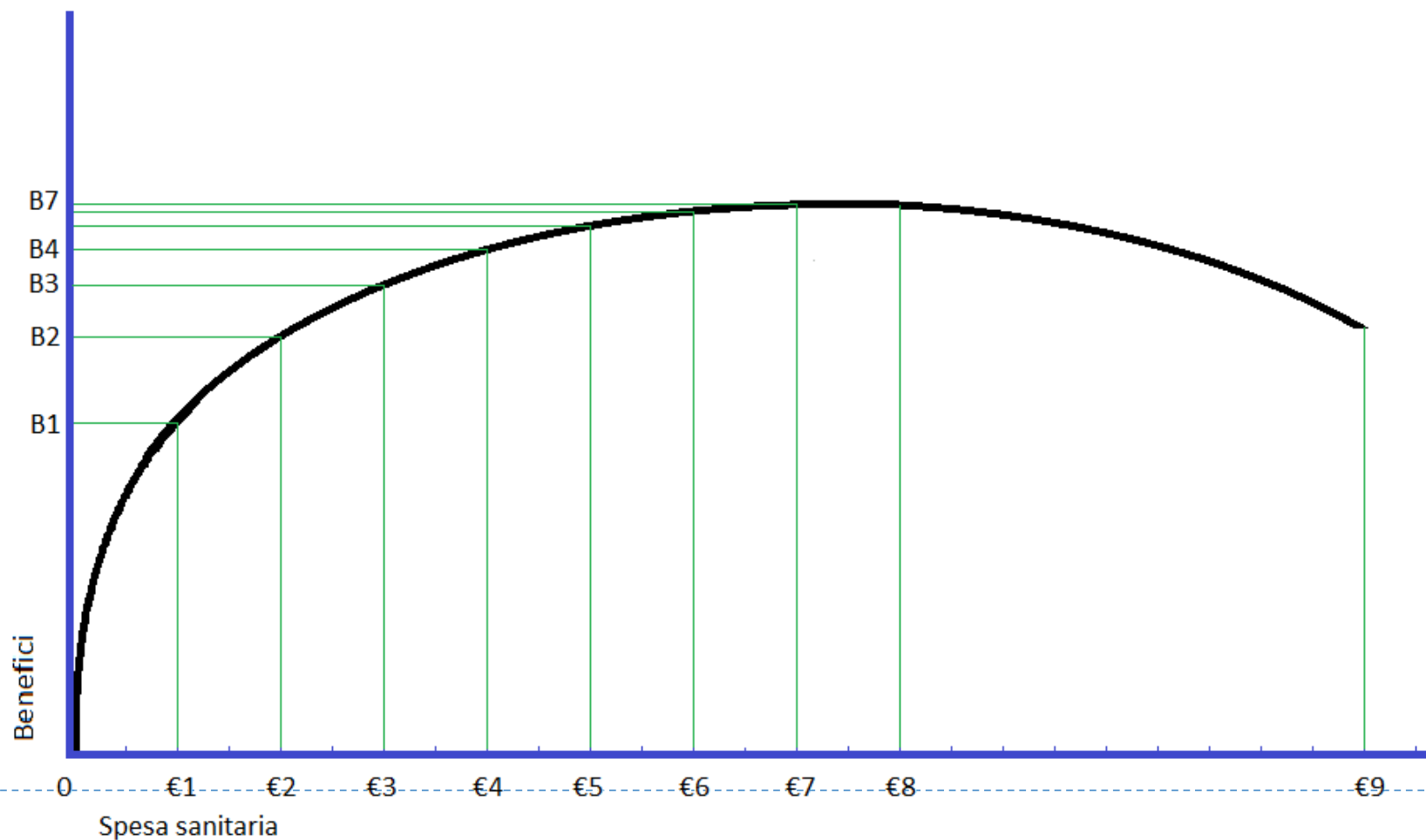
Più risorse o gestione migliore?

Dato che la salute può essere migliorata anche in altri modi, la questione diventa: il denaro allocato addizionalmente ad altre determinanti, può indurre miglioramenti della salute maggiori rispetto a quelli che otterrei addizionandolo alle spese «sanitarie»?



Più risorse o gestione migliore?

- ▶ Per ogni euro che entra, cosa esce?



Più risorse o gestione migliore?

Mantenendo inalterate le altre determinanti della salute, notiamo che la crescita ottenuta nel segmento 0-€1 è maggiore del beneficio ottenuto nel segmento €1-€2. Il fenomeno prosegue sino al raggiungimento di un «piatto» (*flat of the curve*), caratterizzato dal fatto che all'incremento delle spese non si determina alcun incremento del beneficio; addirittura, dopo tale livello, si ha un'inversione della tendenza



Letture consigliate



Giovanni Padovani: "Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?"

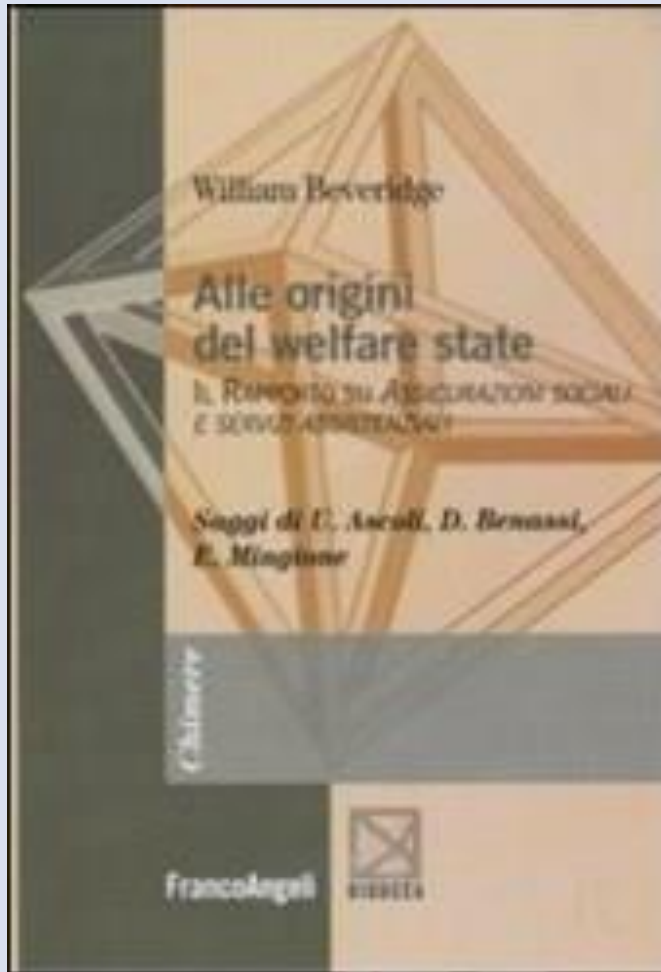
Il Pensiero Scientifico Editore, 2008

Pagine: 169

ISBN: **9788849002010**



Lecture consigliate



Beveridge William: "Alle origini del welfare state. Il rapporto su assicurazioni sociali e servizi assistenziali"

Franco Angeli Editore, 2010

176 pagine

ISBN: 9788856824957





Priority setting

Priority setting

Definizione: determinazione di una scala di priorità sulla base dell'esperienza conseguita



Priority setting

Alle organizzazioni sanitarie spetta la responsabilità di soddisfare nel modo migliore, con i finanziamenti di cui dispongono, i bisogni di salute di una popolazione predefinita.

Dato che le richieste di risorse superano la disponibilità delle stesse, si deve ricorrere a qualche forma di priority setting: le risorse sono scarse quindi, indipendentemente dalla loro disponibilità complessiva, è necessario scegliere cosa finanziare e cosa non finanziare



Priority setting

Programmazione e allocazione delle risorse:

- ▶ Dove tagliare?
- ▶ Dove investire?
- ▶ Come condurre questi processi?

Nelle Aziende sanitarie l'allocazione delle risorse tende ad essere condotta sulla base di **pattern storici**, ma ciò può determinare un impegno sub-ottimale delle limitate risorse disponibili.



Priority setting

In ambito pubblico si inseriscono ulteriori valutazioni:

- ▶ Entità della **partecipazione** del pubblico al processo
- ▶ Quali **valori** si devono usare a quale livello di priority setting;
- ▶ Quale sarebbe un processo **equo** di priority setting
- ▶ Come si dovrebbero abbinare i **giudizi tecnici** delle professioni cliniche ai **giudizi di valore** delle persone deputate all'allocazione delle risorse
- ▶ **Raccomandazioni** nazionali / internazionali



Priority setting

IMPORTANZA	+	IMPORTANTE NON URGENTE	IMPORTANTE URGENTE
	-	NON IMPORTANTE NON URGENTE	NON IMPORTANTE URGENTE
		-	+
		URGENZA	



Costo opportunità

Alcuni concetti economici

Costo opportunità

Il costo opportunità è il costo derivante dal mancato sfruttamento di una opportunità concessa al soggetto economico.

Quantitativamente, il costo opportunità è il valore della migliore alternativa tralasciata; è il sacrificio che un operatore economico deve compiere per effettuare una scelta economica *(da Wikipedia)*

Scaturisce dalla considerazione che, in regime di scarsità di risorse, occorre compiere delle scelte.

Scegliendo l'opzione «A» si otterranno alcuni benefici ad essa connessi, ma si rinuncia ai benefici potenzialmente derivabili da altre scelte (opzione «B»), non percorribili proprio a causa della scarsità delle risorse.



Costo opportunità

Ceteris paribus, al programma «A» sono correlati alcuni benefici che il decisore preferisce ai benefici correlati al programma «B».

Non investendo nel programma «B» si perde una certa quota di beneficio; questa perdita, tuttavia, è minore di quella che si subirebbe se si decidesse di sacrificare l'opzione «A».



Costo opportunità

Le risorse sono scarse, quindi occorre compiere delle scelte su quali servizi e su cosa fornire → alcuni diritti verranno soddisfatti, altri no (almeno, non immediatamente).

Se lo scopo è massimizzare i benefici per la comunità e minimizzare i costi-opportunità, si dovranno misurare costi e benefici dell'assistenza sanitaria:

- ▶ Costi: risorse impiegate
- ▶ Benefici: guadagni di salute e di benessere determinati dall'impiego delle risorse





Valore marginale

Alcuni concetti economici

Valore marginale

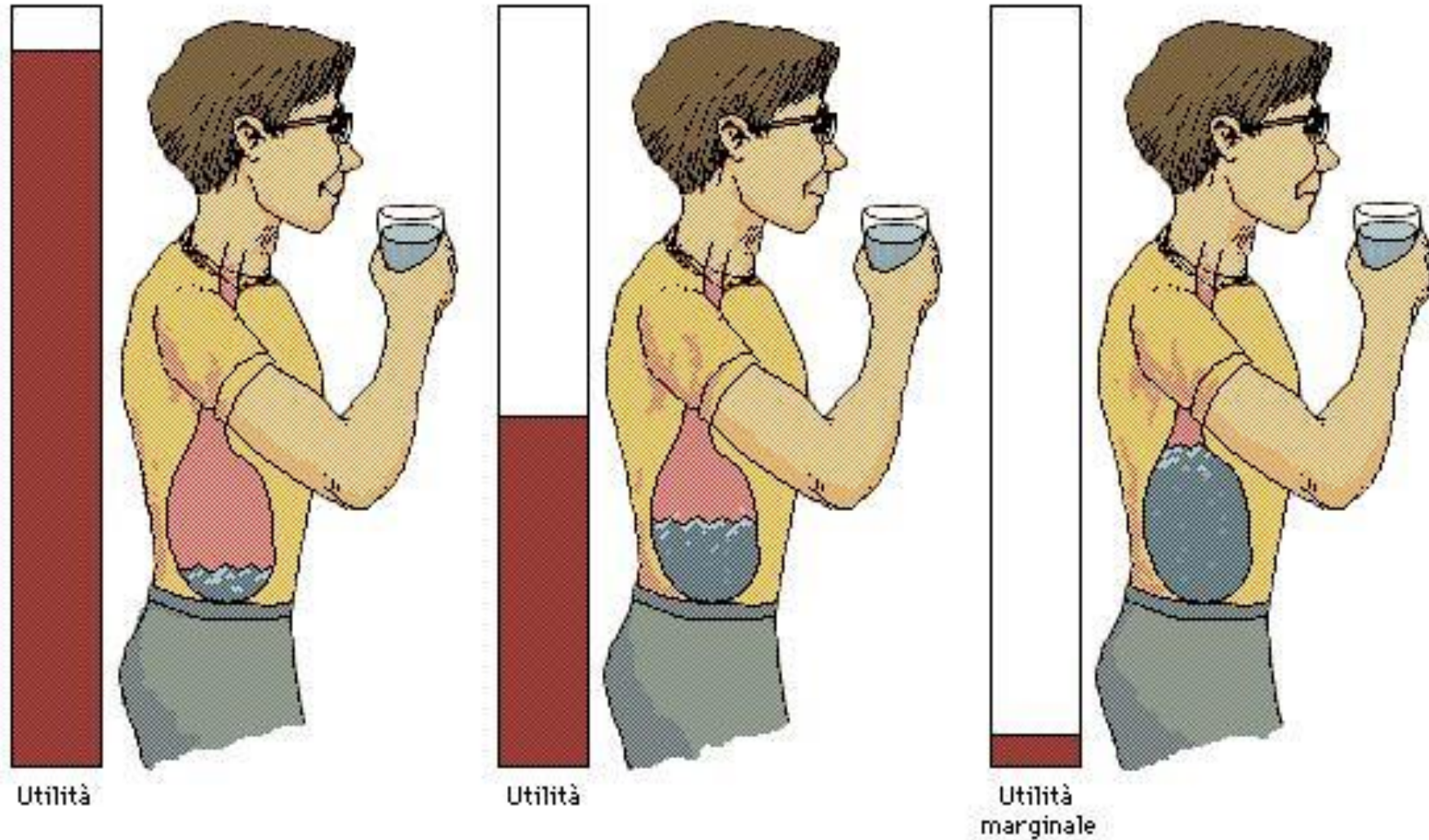
Margine.

L'**utilità marginale** di un bene è definibile come l'incremento del **livello di utilità** (ΔU), ovvero della **soddisfazione** che un individuo trae dal consumo di un bene, ricollegabile ad aumenti marginali nel consumo del bene (Δx_j), dato e costante il consumo di tutti gli altri beni.

In termini non formali, l'utilità marginale può definirsi come l'utilità apportata dall'ultima unità o dose consumata di un bene.



Unità e valore marginale



Utilità e valore marginale

Secondo la *legge dell'utilità marginale decrescente* l'utilità marginale di un bene economico decresce con la quantità consumata del bene stesso.

La legge dell'utilità marginale decrescente deriva da un'altra legge economica, la legge dei bisogni saziabili, in base alla quale l'intensità di un bisogno si riduce man mano che viene soddisfatto.

Quando una persona ha molta sete il bisogno di bere è molto forte. In questo stato un bicchiere d'acqua fresca fornisce una grande utilità.

Dopo aver bevuto la sete inizierà a ridursi, rendendo meno utili il secondo e il terzo bicchiere d'acqua rispetto al primo.

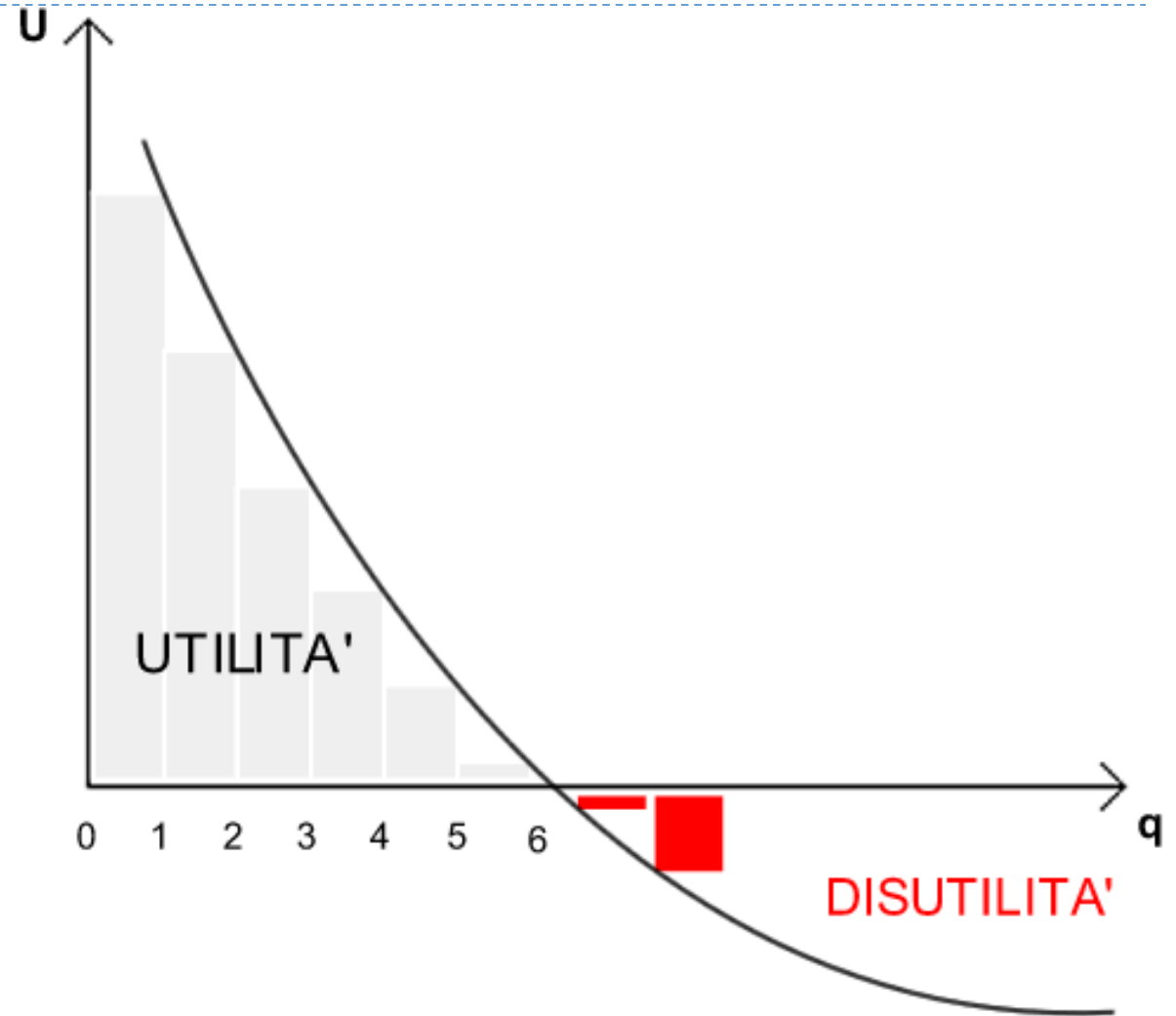
Quando il bisogno è completamente soddisfatta, dopo il sesto bicchiere d'acqua, l'utilità marginale dell'ultima utilità consumata diventa pari a zero.



Utilità e valore marginale

Ogni ulteriore unità consumata del bene genera una utilità negativa (barra rossa) ossia una disutilità, un fastidio alla persona.

Ad esempio, dopo aver bevuto il sesto bicchiere d'acqua consecutivo e aver soddisfatto completamente il bisogno (sete), essere costretti a bere un ulteriore bicchiere causa fastidio e un progressivo peggioramento dell'utilità totale.



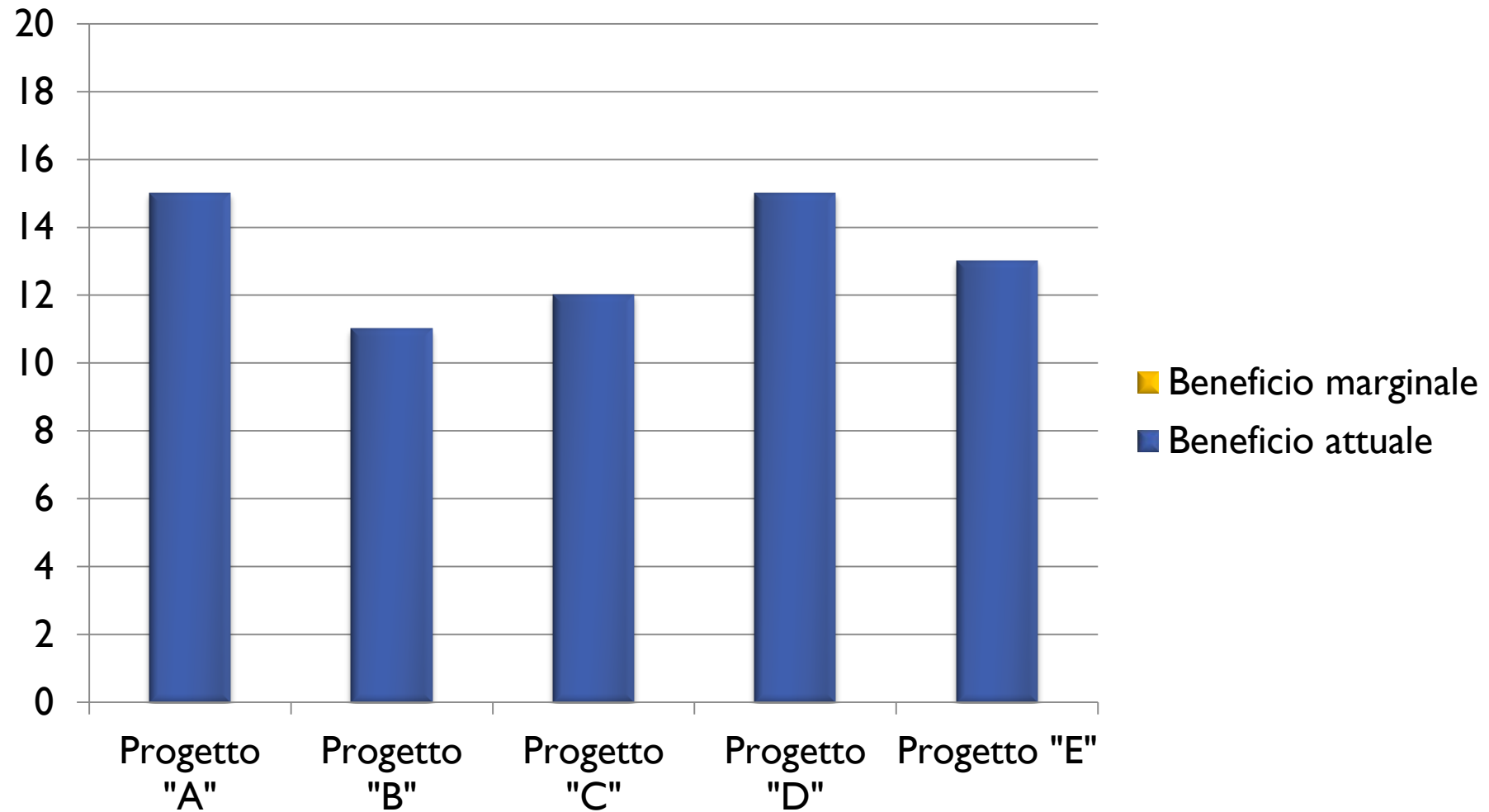
Valore marginale

Addizionando (o sottraendo) la successiva unità di risorse ad un dato programma si ottiene un guadagno (o una perdita).

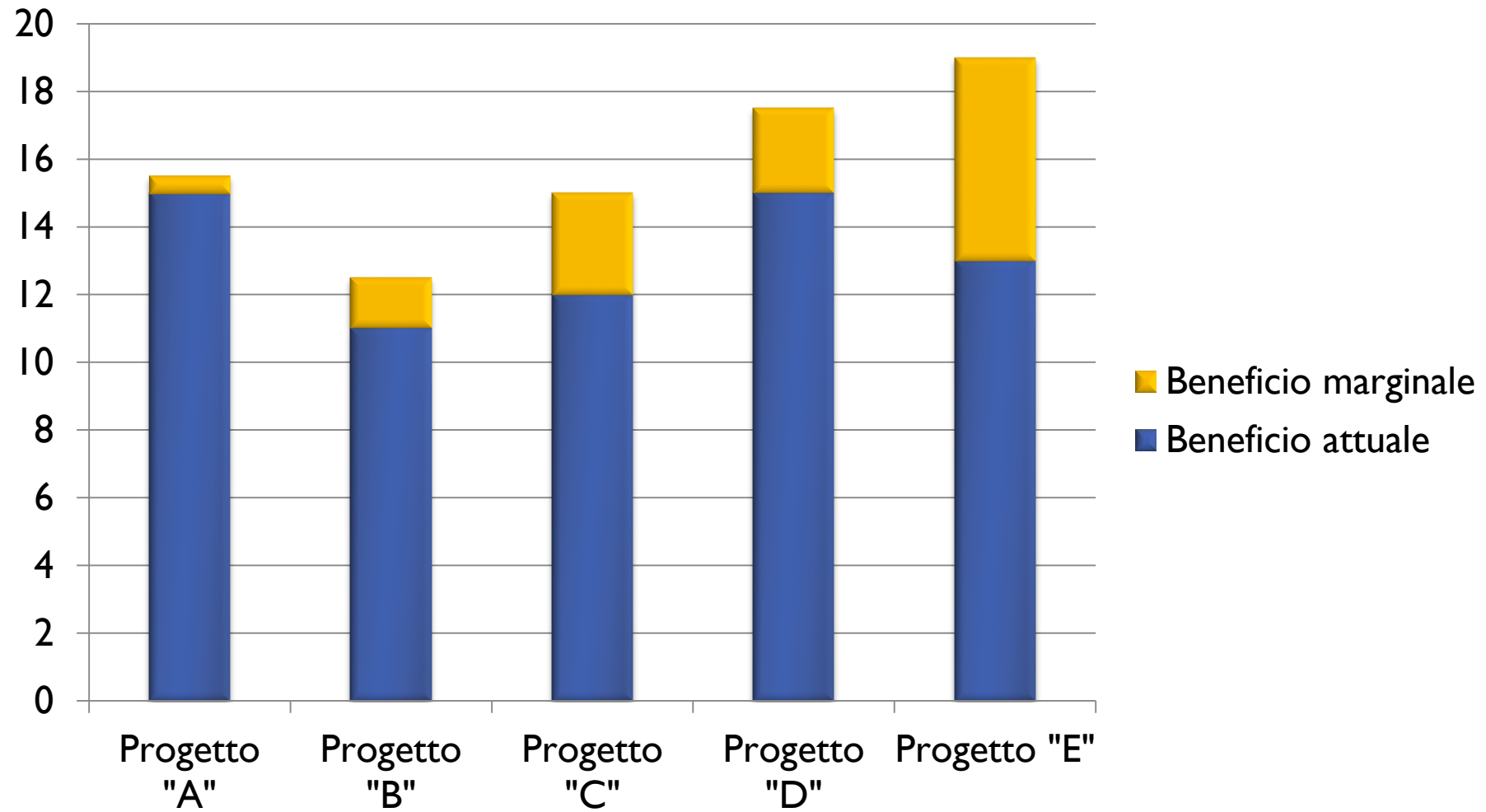
La dimensione dei programmi è ininfluente: la chiave sono i guadagni (o le perdite) che si realizzano aggiungendo (o togliendo) risorse ad ogni programma, *al margine*.



Valore marginale



Valore marginale



Valore marginale

In un dato setting sanitario, se si rendesse disponibile un euro addizionale, questo euro dovrebbe essere investito, idealmente, nell'area in cui questo investimento saprà **produrre il massimo beneficio**

Viceversa, se in una data situazione il budget dovesse ridursi di un euro, il primo euro da sottrarre dovrebbe essere prelevato, in linea di principio, dall'area dove andrà **perduto il minimo beneficio**



Valore marginale

Le variazioni riguardano spesso **non** la questione se introdurre o eliminare totalmente un servizio, bensì se avere una maggiore (o minore) quantità di servizio.

Indipendentemente da quante risorse sono disponibili, l'esame della variazione al margine permette di **umentare il beneficio per il budget dato**



Valore marginale

Quando si decide di allocare risorse verso un programma particolare o di sottoporre a trattamento un certo paziente, si prende spesso la decisione **implicita** di *non erogare qualche altro servizio o trattamento*.

Se non si prendono in considerazione in maniera **esplicita** i benefici che si perdono non finanziando i servizi alternativi, allora è meno probabile che venga massimizzato il beneficio complessivo



Alcuni problemi del priority setting

I dati ed il tempo

Per determinare come utilizzare al meglio le risorse disponibili, sono necessari due insiemi di informazioni:

- ▶ Informazioni sui costi
- ▶ Informazioni sui benefici

Quanti più stakeholder coinvolgiamo nella valutazione dei benefici (Revisione della letteratura per definizione degli standard? Questionari sugli outcome? Incontri? Raccolta ed analisi di dati?), tanto maggiore sarà il tempo necessario



I dati di costo

In termini di analisi marginale, un aspetto importante è la distinzione tra costo **marginale** e costo **medio**.

A causa dei **costi fissi**, la chiusura di un posto letto ospedaliero presenta un risparmio marginale generalmente inferiore al costo medio per giorno di degenza.

Formulando ipotesi ragionevoli su ciò che sarebbe fisso e ciò che varierebbe in determinate condizioni, si possono stimare i costi marginali; per dare robustezza a tali stime si dovrebbe comunque ricorrere ad analisi di sensibilità nell'analisi marginale.



Il disinvestimento

Per finanziare le proposte di espansione in un contesto di risorse limitate, salvo che non si aumenti il budget, si devono reperire risorse entro il budget esistente



Il disinvestimento

Esperimenti mentali:

1. Si chiede ai gruppi di immaginare quali espansioni attuerebbero con un certo aumento delle risorse e quali riduzioni proporrebbero con una diminuzione equivalente delle risorse.
2. Si chiede ai gruppi se, mantenendo le risorse invariate, desidererebbero ancora effettuare tali cambiamenti



Il disinvestimento

Esempio di esperimenti mentali:

1. Una donna, unica percettrice di reddito in famiglia, arriva a casa e dice al marito ed ai 2 figli che ha avuto un incremento del 10% del suo stipendio; invita perciò i familiari ad esprimere i propri desideri ora realizzabili (*Un viaggio a Disneyland? Un nuovo PC? ...*)
2. Il giorno successivo rientra a casa dichiarando che c'è stato un errore: avrà una riduzione del 10% dello stipendio, quindi bisogna decidere che cosa sacrificare (*iscrizioni a palestra e sport? Campeggio? Uno scooter di cilindrata maggiore? ...*)
3. Il terzo giorno rientra dichiarando che il suo stipendio non si modificherà. Se i congiunti decidono di non modificare nulla vorrà dire che lo stipendio è già utilizzato al meglio; in caso contrario, potranno trovare *maggior soddisfazione* facendo diversamente alcune cose



Il disinvestimento

Ballottaggio segreto:

- ▶ L'identificazione di risorse da liberare può rappresentare un ostacolo per i vari decisori, che non vogliono mostrarsi come quelli che hanno sottratto risorse a programmi di altri.
- ▶ Dopo che il coordinatore ha elencato tutte le proposte di disinvestimento, si potrebbe ricorrere ad una votazione segreta che permetterebbe di scegliere in modo anonimo tra investimenti e disinvestimenti proposti:
 - ▶ Si allevia la tensione
 - ▶ Si pongono tutti i giocatori sullo stesso piano



Il disinvestimento

Interviste uno a uno:

- ▶ Le interviste, condotte da una persona neutrale, offre l'opportunità di considerare opzioni di cambiamento in forma strutturata fuori dal setting di gruppo



Valutazioni economiche

Cost-effectiveness analysis (CEA)

L'analisi **costo-efficacia**, pur avendo un ristretto ambito di applicazione, è una delle più semplici formule di valutazione economica; è usata per affrontare questioni di efficienza tecnica.

Viene applicata nelle situazioni in cui si deve scegliere tra almeno due opzioni con la stessa finalità → qual è il modo migliore per raggiungere quella finalità?

Negli studi sulla CEA, l'unità di misura è generalmente limitata agli outcome naturali o agli output unidimensionali (tipo: anni di vita, giorni senza sintomi)



Cost-benefit analysis (CBA)

L'analisi **costi-benefici** è utilizzata per affrontare questioni di efficienza allocativa; cerca di facilitare i giudizi su quanta parte delle risorse pubbliche dovrebbe essere allocata ad un particolare tipo di assistenza sanitaria.

In termini di costo-opportunità, ci si chiede se il beneficio che si otterrà sarà maggiore o minore rispetto a quello ottenibile perseguendo strategie diverse.



Cost-benefit analysis (CBA)

Per affrontare questi confronti, la misura dell'outcome dovrebbe essere espressa nella stessa unità con cui si misurano i costi (unità monetarie).

La **disponibilità a pagare** è una tecnica economica che permette di attribuire un valore monetario ai benefici dell'intervento/degli interventi di valutazione.

Negli studi, si chiede agli individui di valutare in termini monetari (la moneta è intesa solo come unità di misura di valore) l'intensità della propria preferenza per un particolare stato di salute o tipo di assistenza sanitaria



Cost-utility analysis (CUA)

L'analisi **costo-utilità** può essere utilizzata per esaminare l'efficienza tecnica o l'efficienza allocativa.

- ▶ **Efficienza tecnica:** può fornire le informazioni necessarie per il trattamento più efficiente di una particolare patologia, confrontando i costi di differenti trattamenti riferiti all'unità di guadagno di salute (ricerca del minimo costo o del massimo guadagno)
- ▶ **Efficienza allocativa:** permette il confronto tra differenti domini che implicano trasferimenti di risorse tra un paziente e l'altro. Gli outcome sanitari sono misurati come «guadagni di salute» (il più comune è il QALY, una grandezza che descrive sia qualità che quantità di vita in un'unica misura))



Punti di forza e limiti

Punti di forza:

- ▶ Considerano sia i costi, sia gli output;
- ▶ Permettono il confronto diretto tra due o più trattamenti, in termini di guadagni incrementali o marginali

Limiti:

- ▶ Tempi e costi rilevanti impediscono di effettuare valutazioni economiche complete per ogni decisione che si deve prendere
- ▶ Non prendono in esame i fattori politici rispetto all'efficienza
- ▶ Non sono in grado di affrontare altri obiettivi pertinenti, quali l'equità



La misurazione dei benefici

La misurazione dei benefici

Qualcosa è privo di valore se non si è disposti a rinunciare a qualcos'altro per ottenerla.

Il sacrificio massimo che si è disposti a compiere rappresenta il valore del particolare bene in esame.

Alcuni strumenti:

- ▶ QALY - *quality adjusted life year*
- ▶ WTP - *willingness to pay*
- ▶ DCE - *discrete choice experiments*



QALY

QALY o *quality adjusted life year*, anno di vita aggiustato (ponderato) per la qualità.

È una misura di outcome sanitario che considera sia la qualità che la quantità di vita oltre un certo periodo di vita.

Questa *quantità* può essere rappresentata da:

- ▶ numero di anni di vita salvati (*LYS life years saved*), ad esempio a seguito di un trattamento
- ▶ intervallo di tempo in cui un individuo risulta affetto da una malattia che non ne mette a repentaglio la vita, ma che influisce sulla qualità della sua vita



QALY

L'aggiustamento può essere dedotto con vari metodi; in ogni caso, si ottiene una misura compresa tra 0 e 1:

- ▶ 0 rappresenta il decesso
- ▶ 1 rappresenta la buona salute

A differenti stati di salute sono attribuiti punteggi compresi tra 0 e 1, a seconda del loro grado.

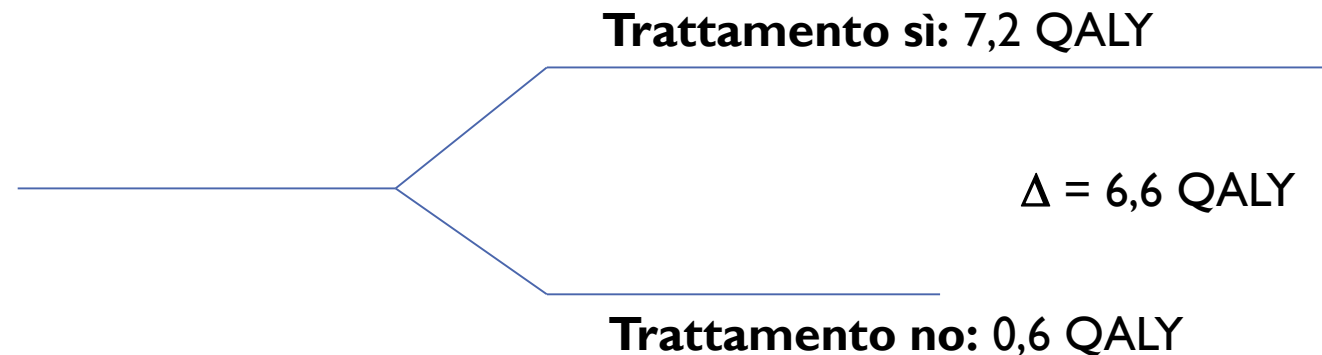
Ottenuto un punteggio indice ponderato per la qualità, si moltiplica tale valore per il numero di anni considerati per ottenere il QALY



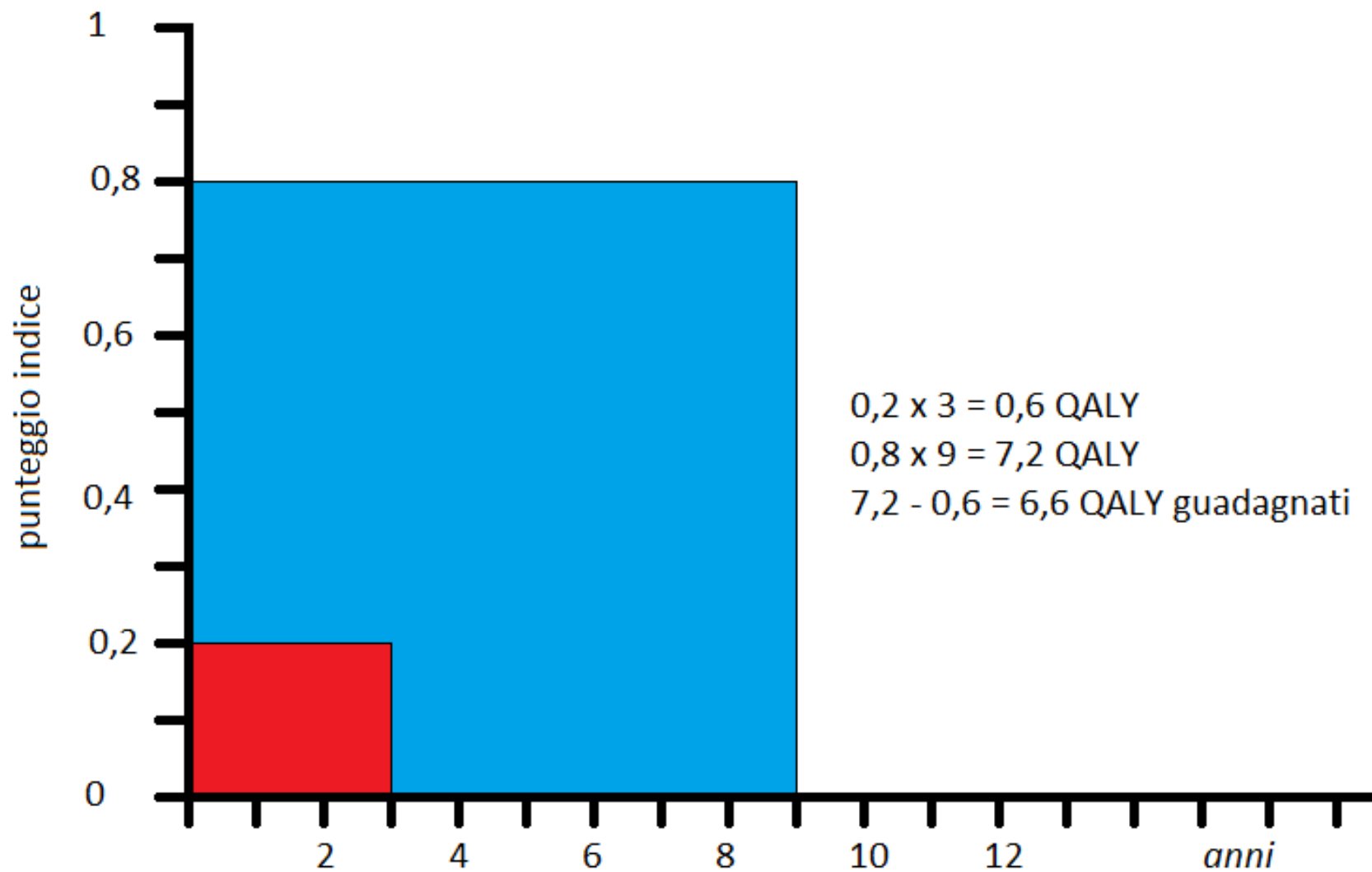
QALY

Un esempio:

- ▶ prima del trattamento, il punteggio QALY medio, per un gruppo di pazienti, era 0,6 (3 anni di vita con punteggio indice 0,2)
- ▶ dopo il trattamento, l'attesa di vita in quello stato è calcolata in 9 anni, con un punteggio indice medio di 0,8



QALY



QALY generici

I **QALY generici** possono essere applicati a qualsiasi gruppo d'interesse e si basano tipicamente su punteggi ottenuti dal pubblico generale (ottenibili, per esempio, somministrando un questionario ad un gruppo di individui e chiedendo di valutare differenti dimensioni di salute).

I punteggi ottenuti possono essere moltiplicati per la durata di vita attesa pertinente, per dedurre il QALY.

I QALY generici si basano, di solito, su MAUS (***multi-attribute utility scales***).

Tra le più usate: scala di qualità del benessere, I5D, health utility index (HUI), EuroQol EQ-5D, classificazione di Rosser di disabilità/disagio fisico/stress emotivo



EuroQol EQ-5D

The screenshot shows the homepage of the EuroQol EQ-5D website. The browser address bar displays 'www.euroqol.org' and the search bar contains 'EuroQol EQ-5D'. The website features a blue header with navigation links: Home, EuroQol, News, Contact, and MEMBERS LOGIN. Below the header is a blue navigation bar with links for ABOUT EQ-5D, EQ-5D PRODUCTS, EQ-5D PUBLICATIONS, and FAQs, along with a website search box. The main content area includes a section titled 'WHAT IS EQ-5D' with a sub-header 'EQ-5D™ is a standardised instrument for use as a measure of health outcome.' and a paragraph describing its application. A large graphic of a magnifying glass over a heart rate line is positioned above a banner for 'IMPROVED EQ-5D PUBLICATIONS SEARCH TOOL'. Below this are three columns: 'REGISTER TO USE EQ-5D' with a pen icon, 'NEWS' with a date of 08 March, 2016 and a link to 'CALL FOR ABSTRACTS: EuroQol Plenary meeting 2016', and 'QUICK LINKS' with links to 'How to obtain EQ-5D', '5L Value Sets', 'EQ-5D Publications', and 'User Guides'. The footer contains navigation links for 'ABOUT EQ-5D', 'EQ-5D PRODUCTS', and 'EUROQOL', along with 'Contact', 'Disclaimer', and 'Sitemap' links, and a copyright notice for 2016 EuroQol Research Foundation.

EQ EuroQol - Home

www.euroqol.org

EuroQol EQ-5D

Home | EuroQol | News | Contact

MEMBERS LOGIN →

EQ-5D

ABOUT EQ-5D | EQ-5D PRODUCTS | EQ-5D PUBLICATIONS | FAQs

Website search

WHAT IS EQ-5D

EQ-5D™ is a standardised instrument for use as a measure of health outcome.

Applicable to a wide range of health conditions and treatments, the EQ-5D health questionnaire provides a simple descriptive profile and a single index value for health status.

[Read more →](#)

IMPROVED EQ-5D PUBLICATIONS SEARCH TOOL

Journal Articles, Proceedings, Open Access Papers etc.

REGISTER TO USE EQ-5D

NEWS

08 March, 2016

CALL FOR ABSTRACTS: EuroQol Plenary meeting 2016

QUICK LINKS

- [How to obtain EQ-5D](#)
- [5L Value Sets](#)
- [EQ-5D Publications](#)
- [User Guides](#)

ABOUT EQ-5D

→ [How to use EQ-5D](#)

EQ-5D PRODUCTS

→ [EQ-5D-3L](#)

EUROQOL

→ [About Us](#)

Contact | Disclaimer | Sitemap

Copyright © 2016 EuroQol Research Foundation

EuroQoL EQ-5D

By placing a tick in one box in each group, please indicate which statements best describe your health today.

Mobility

- I have no problems in walking about
- I have some problems in walking about
- I am confined to bed

Self-Care

- I have no problems with self-care
- I have some problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

Usual Activities *(e.g. work, study, housework, family or leisure activities)*

- I have no problems with performing my usual activities
- I have some problems with performing my usual activities
- I am unable to perform my usual activities

Pain/Discomfort

- I have no pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

Anxiety/Depression

- I am not anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed

To help people say how good or bad a health state is, we have drawn a scale (rather like a thermometer) on which the best state you can imagine is marked 100 and the worst state you can imagine is marked 0.

We would like you to indicate on this scale how good or bad your own health is today, in your opinion. Please do this by drawing a line from the box below to whichever point on the scale indicates how good or bad your health state is today.

Your own
health state
today

Best
imaginable
health state

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Worst
imaginable
health state

EuroQol EQ-5D

Un algoritmo consente il calcolo di un punteggio finale basandosi sull'attribuzione di pesi per ciascuna risposta.

Nel conteggio, vengono inseriti

- ▶ la costante pari a 0.081 se esiste una qualunque disfunzione e
- ▶ il coefficiente pari a 0.269 quando una qualunque dimensione presenti il livello 3.

È stato imputato all'EQ-5D di essere uno strumento troppo semplicistico e insensibile alle variazioni dello stato di salute; una recente revisione della letteratura riguardante le MAUS principali, sulla base di alcuni fattori quali la praticità, l'affidabilità, associati alla facilità di conduzione dell'indagine ed alla bassa onerosità per i pazienti, supporta l'utilizzo delle scale EQ-5D e HUI (*Health Utility Index*)



QALY specifici per patologia

Sono valutati, generalmente, attraverso due metodi:

- ▶ Standard gamble
- ▶ Time trade-off



Standard gamble

Il «*metodo delle scommesse*» è il metodo di misurazione delle preferenze in condizioni di incertezza.

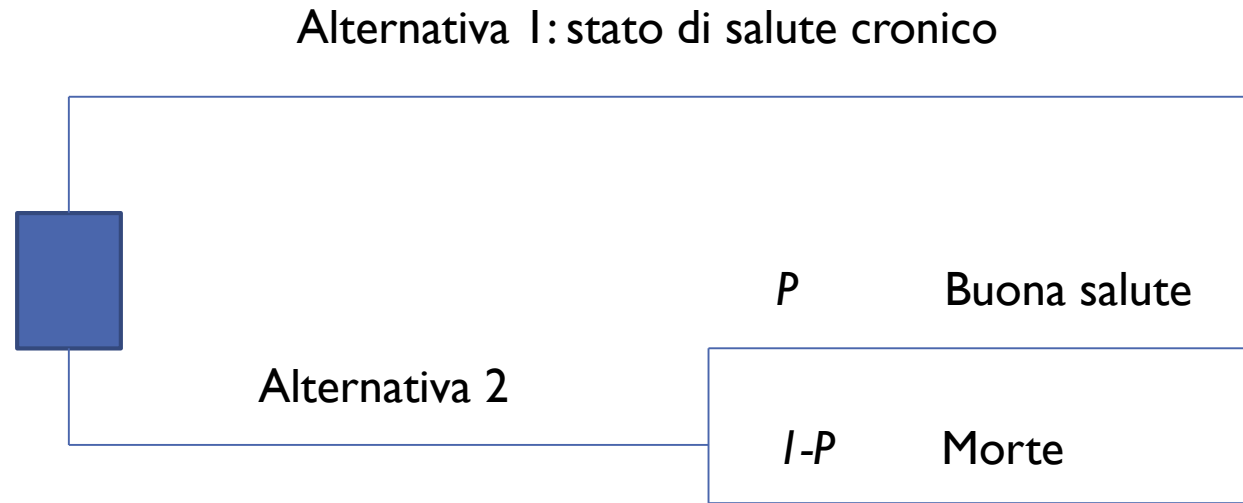
Al soggetto viene chiesto di scegliere tra 2 alternative: una offre l'outcome certo di rimanere nello stato di salute cronico per il resto della vita, mentre l'altra è una scommessa (*gamble*) che rappresenta un trattamento con 2 possibili risultati: il ritorno alla buona salute per il resto della vita (associato ad una probabilità di occorrenza P) e la morte immediata, con una probabilità di occorrenza $1-P$.



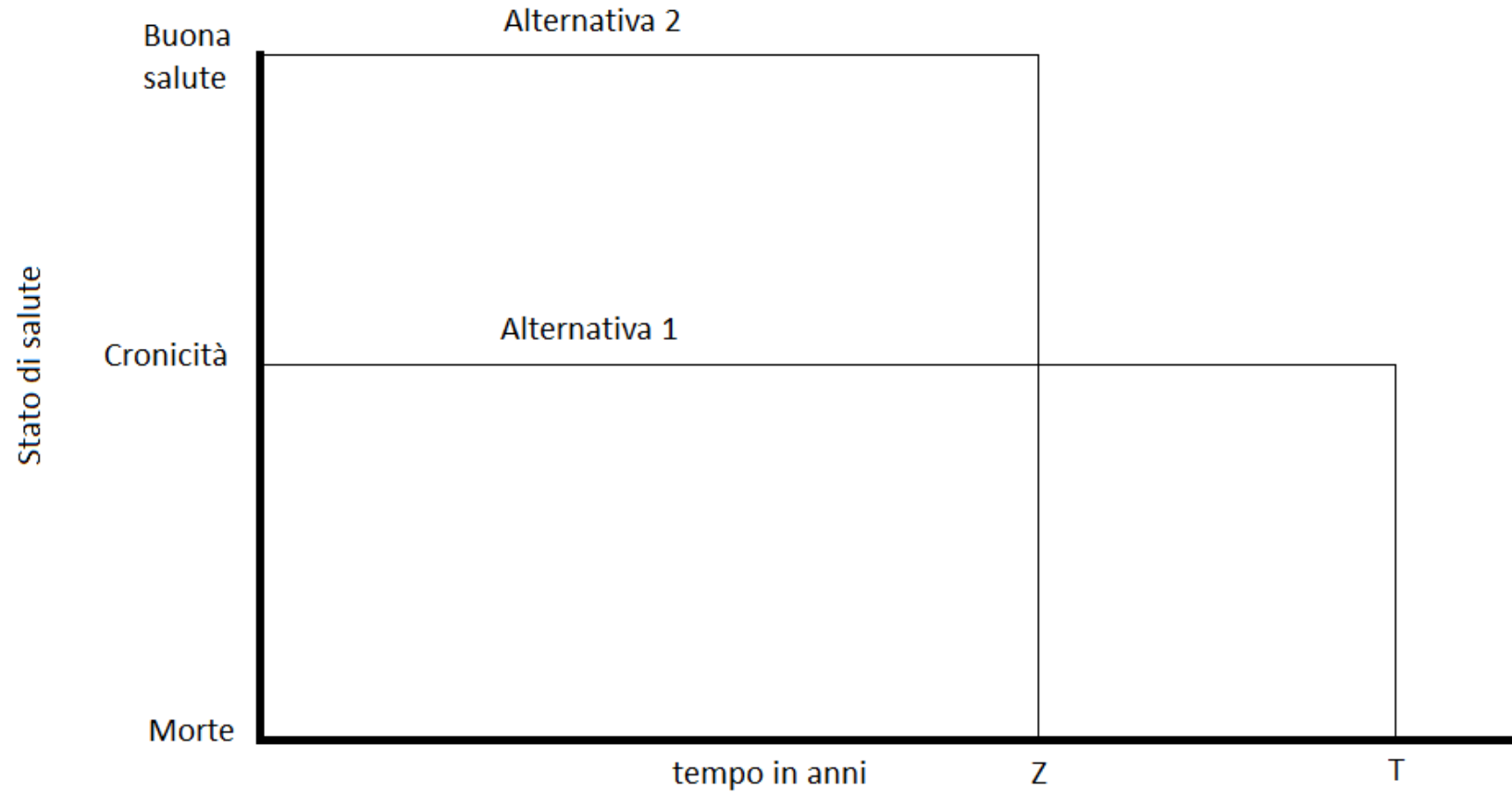
Standard gamble

La probabilità P di successo viene variata con un processo iterativo, finché il soggetto non si mostra **indifferente**, ossia non è più in grado di decidere tra la scommessa e la certezza.

La probabilità in corrispondenza della quale si registra l'indifferenza è assunta come valore di utilità dello stato di salute, che può essere utilizzato per calcolare i QALY



Time trade-off



Time trade-off

Dividendo per T il numero di anni in buona salute (Z) per cui il soggetto è indifferente tra le due alternative si ottiene il valore dello stato di salute, utilizzabile per calcolare il numero di QALY derivanti dal trattamento nello stesso modo in cui si usa lo *standard gamble*.



Willingness to pay (WTP)

La WTP (disponibilità a pagare) si basa sul principio che l'utilità che un individuo guadagna è valutata dall'ammontare massimo di denaro che egli sarebbe disposto a pagare per ottenere quel beneficio.

Non si tenta di assegnare un valore monetario a cose che molti considerano non misurabili economicamente, ma si pone l'accento sul concetto di sacrificio insito nel metodo



Willingness to pay (WTP)

È difficile chiedere ai rispondenti a quali servizi rinuncerebbero per avere una maggiore quantità di un certo programma; è più facile chiedere di dichiarare l'ammontare massimo di denaro che sarebbero disposti a pagare per una maggiore quantità del programma e per alcuni possibili impieghi alternativi di quelle risorse.

Esempio di domanda (chiusa) sulla WTP:

*Siete disposti a pagare 2.000 euro per il **trattamento X** (specificando una breve descrizione del trattamento ed i potenziali benefici)? Sì No*



Discrete choice experiments (DCE)

Nel caso dei DCE, *esperimenti di scelta discreta*, si presentano agli individui scenari ipotetici comprendenti differenti livelli di vari attributi, e si chiede loro di compiere scelte a coppie di questi scenari.

Si può così identificare l'importanza relativa di attributi chiave l'uno rispetto all'altro



Discrete choice experiments (DCE)

Ambulatorio FIV (fecondazione in vitro)	Ambulatorio A	Ambulatorio B
Atteggamenti del personale	Buoni	Buoni
Probabilità di tornare a casa con il bambino	25%	25%
Continuità di contatto con il personale	No	Sì
Tempo in lista d'attesa per la FIV	18 mesi	15 mesi
Costo del tentativo di FIV	2.000 \$	3.000 \$
Supporto di follow-up	No	No
Quale ambulatorio preferite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Letture consigliata



Craig Mitton e Cam Donaldson:
«Come stabilire le priorità in sanità. Una guida all'applicazione dell'economia nel processo decisionale», Il Pensiero Scientifico Editore, 2006

ISBN 9788849001617

