

## CAPITOLO 3

### Il framework per il disinvestimento in sanità

Ripartendo dalla tassonomia degli sprechi, nel 2015 è stato avviato lo sviluppo del framework per il disinvestimento in sanità<sup>47</sup>, oggetto di un protocollo di intesa siglato con Agenas<sup>48</sup>, condiviso con una platea di esperti di tutto il mondo in occasione della 7<sup>th</sup> EBHC International Conference, interamente dedicata alla riduzione degli sprechi e all'aumento del *value* in sanità<sup>49</sup> e presentato ufficialmente in occasione della 11<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE<sup>50</sup>.

Lo sviluppo del framework ha espressamente escluso tre categorie di sprechi, già oggetto di specifici provvedimenti:

- **Frodi e abusi:** piano nazionale anticorruzione<sup>51</sup>, criteri di trasparenza per le nomine dei direttori generali<sup>52</sup>.
- **Acquisti a costi eccessivi:** Dl 66/2014 che ha fissato l'obbligo di acquisto centralizzato presso Consip o altri soggetti aggregatori<sup>53</sup> rafforzato, dettagliato e ampliato dalla legge di Stabilità 2016, che punta a realizzare un nuovo modello di aggregazione della spesa<sup>54</sup>.
- **Complessità amministrative:** Patto per la sanità digitale, inviato alla Conferenza Stato-Regioni il 10 giugno 2015<sup>55</sup>.

Considerato che il *value for money* è influenzato dalla bassa produttività e dall'erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal basso *value*, il framework GIMBE è stato sviluppato per le altre categorie di sprechi:

---

<sup>45</sup> Lown Institute. RightCare Alliance. Disponibile a: <http://lowninstitute.org/take-action/join-the-right-care-alliance/>. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>46</sup> University of Colorado School of Medicine. Do No Harm Project. Disponibile a: [www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschoo/departments/medicine/GIM/education/DoNoHarmProject/Pages/Welcome.aspx](http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschoo/departments/medicine/GIM/education/DoNoHarmProject/Pages/Welcome.aspx). Ultimo accesso: 8 marzo 2015.

<sup>47</sup> Cartabellotta A. Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN. Un approccio sistematico alla riduzione degli sprechi. Evidence 2015;7: e1000108. Disponibile a: [www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/459/disinvestire-e-riallocare-la-chiave-per-la-sostenibilita-del-s](http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/459/disinvestire-e-riallocare-la-chiave-per-la-sostenibilita-del-s). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>48</sup> Protocollo d'intesa tra Agenas e Gimbe contro sprechi e inefficienze. Disponibile a: [www.agenas.it/protocollo-d-intesa-tra-agenas-e-gimbe-contro-sprechi-e-inefficienza](http://www.agenas.it/protocollo-d-intesa-tra-agenas-e-gimbe-contro-sprechi-e-inefficienza). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>49</sup> 7<sup>th</sup> International Conference for EBHC Teachers and Developers. Evidence for sustainability of healthcare: increasing value, reducing waste. Taormina (Italy), 28<sup>th</sup> - 31<sup>st</sup> October 2015. Disponibile a: [www.ebhc.org](http://www.ebhc.org). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>50</sup> Cartabellotta A. Tagli e sprechi: cocktail letale per il SSN. Evidence 2016;8(3): e1000137. Disponibile a: [www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/488/tagli-e-sprechi-cocktail-letale-per-il-ssn/](http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/488/tagli-e-sprechi-cocktail-letale-per-il-ssn/). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>51</sup> Autorità Nazionale Anticorruzione. Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione. Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015.

<sup>52</sup> Legge 7 agosto 2015, n. 124. Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

<sup>53</sup> Decreto legge 24 aprile 2014, n. 66. Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale.

<sup>54</sup> LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).

<sup>55</sup> Patto per la sanità digitale. Documento programmatico. Disponibile a: [www.gimbe.org/download/patto\\_sanita\\_digitale.pdf](http://www.gimbe.org/download/patto_sanita_digitale.pdf). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

- **Sovra e sotto-utilizzo:** disinvestire da servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal basso *value*<sup>56</sup>, e riallocare le risorse recuperate in servizi e prestazioni efficaci, appropriate e dall'elevato *value* sotto-utilizzate, spesso causa di diseguaglianze (figura 7).
- **Inadeguato coordinamento dell'assistenza:** attuare una riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie, attraverso una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sviluppo della *transitional care* e di modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria, reti interaziendali, *lean management*.

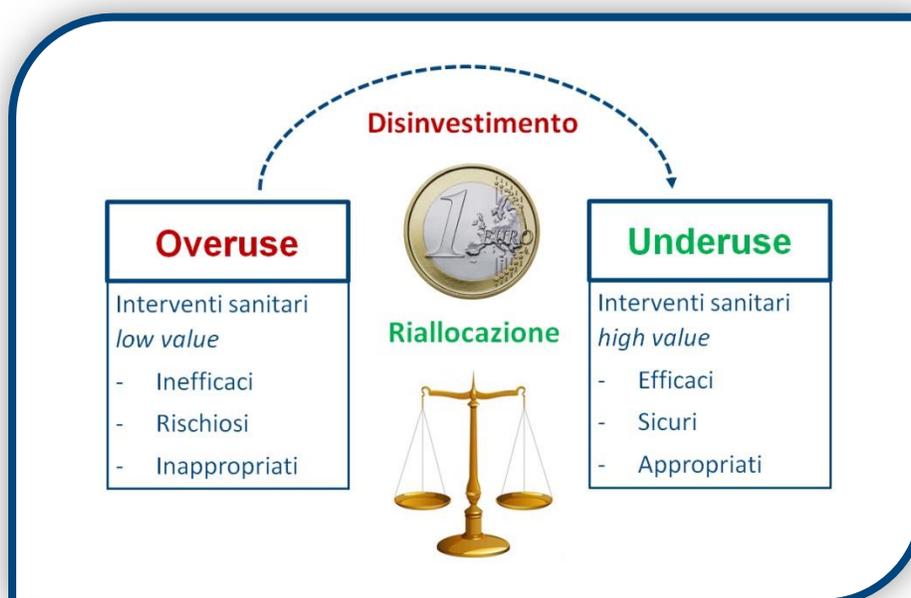


Figura 7. Framework GIMBE per il disinvestimento in sanità

### 3.1 Sovra-utilizzo e sotto-utilizzo

*Overuse* e *underuse* rappresentano due facce della stessa medaglia perché, oltre a “convivere” in tutti i percorsi assistenziali, sono influenzate dalle medesime determinanti: offerta di servizi, comportamenti professionali e aspettative di cittadini e pazienti. Il framework GIMBE per il disinvestimento ha l’obiettivo di recuperare preziose risorse, con strumenti e azioni che agiscono sulle seguenti determinanti:

- (ri)programmazione sanitaria, al fine di riallineare l’offerta di servizi e prestazioni ai reali bisogni di salute della popolazione;

<sup>56</sup> Niven DJ, Mrklas KJ, Holodinsky JK, et al. Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. BMC Med 2015;13:255.

- *knowledge translation*, per migliorare il trasferimento delle evidenze alle decisioni cliniche e ridurre l'inappropriatezza professionale;
- informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti, per diminuire aspettative irrealistiche e domanda inappropriata.

La figura 8 riporta la distribuzione del sovra- e sotto-utilizzo di alcuni servizi e prestazioni sanitarie in relazione alla potenziale influenza dell'offerta di servizi e dei comportamenti professionali, tenendo conto della costante influenza delle aspettative di cittadini e pazienti.

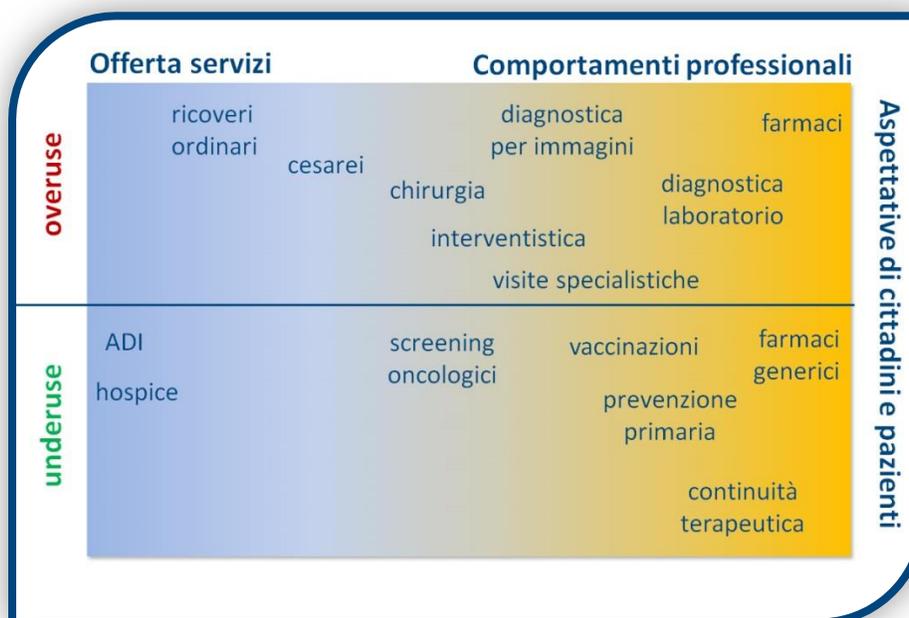


Figura 8. Distribuzione di interventi sanitari sovra- e sotto-utilizzati

In altri termini, considerato che l'ipertrofia di servizi induce nei pazienti domanda inappropriata, ridurre il sovra-utilizzo intervenendo solo sui comportamenti professionali spesso non produce gli effetti attesi. Analogamente, la limitata offerta di alcuni servizi rende impossibile per i professionisti sanitari agire efficacemente sulle aree di sotto-utilizzo.

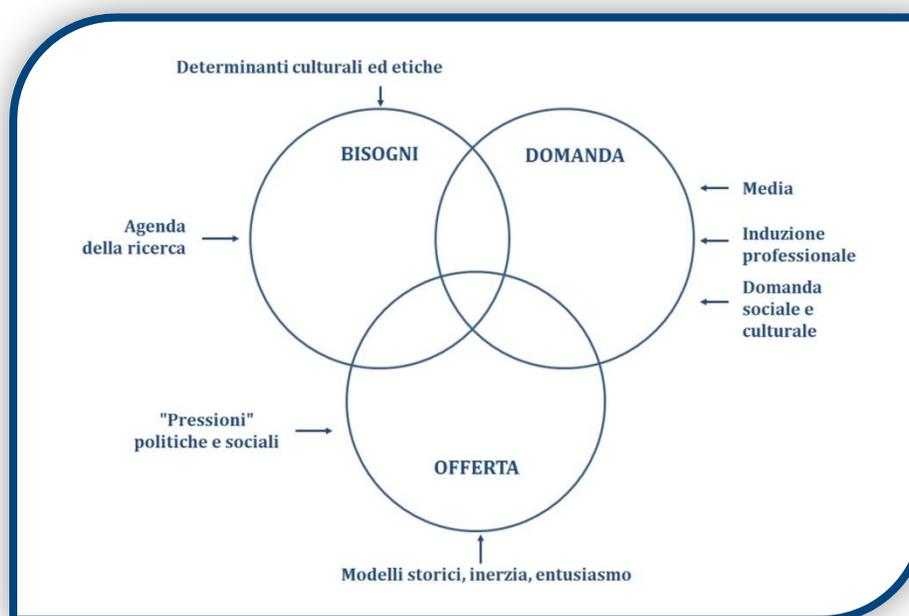
Questo approccio permette di modulare la strategia di miglioramento in relazione al potenziale determinismo sull'*overuse/underuse* dell'offerta dei servizi e dei comportamenti professionali, visto che gli strumenti di riferimento per il processo di disinvestimento e riallocazione sono differenti. Considerato il ruolo cruciale di cittadini e pazienti nei moderni sistemi sanitari, gli interventi sulle loro aspettative costituiscono *condicio sine qua non* per migliorare sia l'offerta dei servizi, sia i comportamenti professionali (tabella 3).

Tabella 3. Determinanti del sovra- e sotto-utilizzo

	OFFERTA SERVIZI	COMPORAMENTI PROFESSIONALI
<b>Criticità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eccesso → <i>overuse</i></li> <li>• Carenza → <i>underuse</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gap tra ricerca e pratica clinica: <i>overuse, underuse</i></li> </ul>
<b>Soluzione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riallineare l'offerta ai reali bisogni di salute delle persone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrare le migliori evidenze nelle decisioni professionali</li> </ul>
<b>Strumenti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie</li> <li>• Informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Evidence-based Practice</i></li> <li>• Percorsi assistenziali</li> <li>• <i>Implementation science</i></li> <li>• Processo decisionale condiviso</li> </ul>
<b>Attori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato → indirizzo e verifica</li> <li>• Regioni → organizzazione</li> <li>• Aziende sanitarie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aziende sanitarie</li> <li>• Professionisti</li> </ul>

### 3.1.1. Offerta di servizi

In un servizio sanitario ideale l'offerta di servizi e prestazioni dovrebbe essere perfettamente allineata con i bisogni di salute delle persone, che dovrebbero a loro volta coincidere con la domanda di cittadini e pazienti. In realtà, l'influenza di numerosi driver tende continuamente a fare divergere le tre variabili, per cui rispetto ai reali bisogni di salute l'offerta risulta a volte eccessiva, a volte carente con conseguenti disegualianze (figura 9).

Figura 9. Relazione tra bisogni, domanda e offerta (tradotta da<sup>32</sup>)

Considerato che *overuse* e *underuse* possono essere condizionati, rispettivamente, dall'eccesso e dalla carenza dell'offerta di servizi sanitari, è indispensabile valutare se i servizi esistenti sono adeguati rispetto ai reali bisogni di salute della popolazione, facendo riferimento al triangolo della programmazione sanitaria, secondo i principi dell'*Healthcare Needs Assessment*<sup>57</sup> (figura 10).

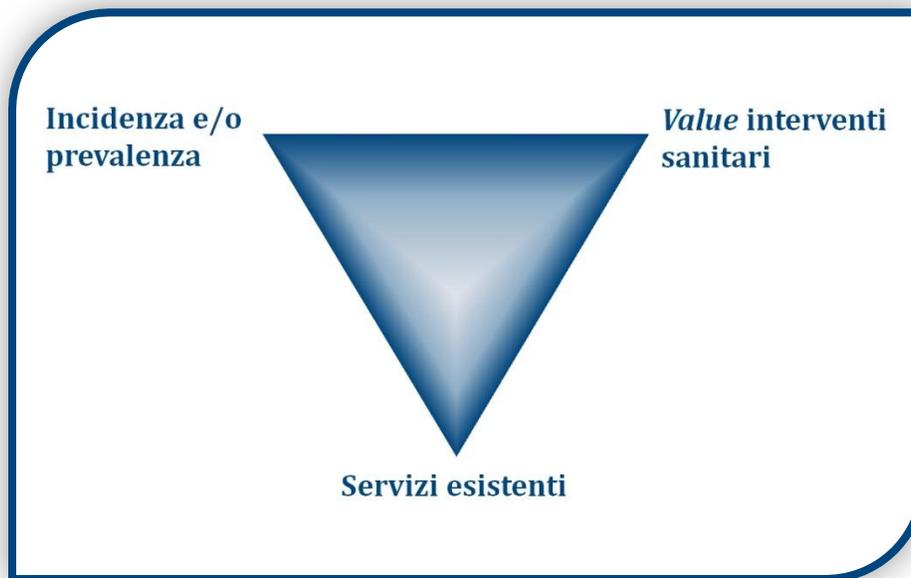


Figura 10. Il triangolo della programmazione sanitaria (tradotta e modificata da<sup>32</sup>)

Tuttavia, le tre determinanti sono variamente influenzate da fattori che ostacolano una stima corretta:

- l'incidenza/prevalenza, oltre che la rilevanza, di numerose malattie e condizioni viene spesso sovrastimata per l'estrema medicalizzazione della società, indotta anche dalla continua introduzione nel mercato della salute di false innovazioni; al tempo stesso ad altre patologie viene assegnata una scarsa rilevanza nonostante la dimensione epidemiologica;
- il *value* degli interventi sanitari non viene quasi mai formalmente valutato per decidere la loro introduzione/dismissione;
- i servizi esistenti condizionano in maniera rilevante la riorganizzazione dell'offerta con meccanismi a volte competitivi, a volte finalizzati a proteggere interessi politici, industriali o di corporazioni professionali.

Questo scenario nel nostro SSN è ulteriormente condizionato dalla eterogeneità nella programmazione di 21 sistemi sanitari, variamente influenzati da ideologie politiche, strategie competitive e mix pubblico-privato, rendendo estremamente complessa una

<sup>57</sup> University of Birmingham. Health Care Needs Assessment (HCNA). Disponibile a: [www.birmingham.ac.uk/HCNA](http://www.birmingham.ac.uk/HCNA). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

(ri)programmazione nazionale su basi epidemiologiche. L'esempio più rilevante è testimoniato dagli inaccettabili ritardi della riforma delle cure primarie e dal riordino a macchia di leopardo della rete ospedaliera che – secondo da quanto previsto dal Patto per la Salute – miravano proprio a ridisegnare l'offerta di servizi delle due principali aree del SSN al fine di ridurre sprechi e inefficienze.

### 3.1.2. Comportamenti professionali

I termini *evidence-based practice* ed *evidence-based health care* (EBHC) – rispettivamente pratica clinica e assistenza sanitaria basata sulle evidenze – suggeriscono che le conoscenze scientifiche dovrebbero guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone. In realtà oggi l'inadeguato utilizzo delle evidenze è documentato in sanità per tutti i decision-maker (pazienti e caregiver, professionisti, manager e policy-maker), sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, a livello di cure primarie e nell'assistenza specialistica e ospedaliera, nella medicina generale e in tutte le discipline specialistiche. Infatti, studi condotti in vari setting assistenziali dimostrano che evidenze scientifiche di elevata qualità non vengono adeguatamente trasferite nella pratica, determinando sia sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriati, sia sotto-utilizzo di quelli efficaci e appropriati, generando così imponenti sprechi.

L'impatto sulla salute di un inadeguato trasferimento delle conoscenze sono stati recentemente oggetto di un rapporto Eurostat sulla mortalità evitabile, secondo il quale “nell'Unione Europea alla luce delle attuali conoscenze e tecnologie, le morti evitabili nei soggetti di età < 75 anni sono 577.500 (33.7% delle morti totali), di cui oltre 50.000 nel nostro Paese<sup>58</sup>”. Ecco perché la sostenibilità di ogni sistema sanitario non può più prescindere da un'adeguata governance della produzione delle conoscenze (*knowledge generation*), del loro utilizzo (*knowledge management*) e del trasferimento alle pratiche professionali ed ai contesti assistenziali (*knowledge translation*)<sup>59</sup>.

### 3.1.3. Aspettative di cittadini e pazienti

Oggi in sanità la soddisfazione dei cittadini-pazienti è strettamente legata all'accesso tempestivo e opportunistico a servizi e prestazioni sanitarie, senza considerazione alcuna della loro efficacia-appropriatezza, e, ancor meno, dei costi sostenuti dal sistema. Il medico si trova così a dover bilanciare due esigenze contrastanti: soddisfare il paziente e utilizzare le risorse in modo efficace ed efficiente. Di fatto, se le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico ha il dovere professionale di rifiutarle, consapevole che la mancata prescrizione può generare insoddisfazione. Purtroppo, quando la valutazione delle sue performance professionali e, addirittura, i suoi compensi dipendono dalla soddisfazione del paziente, il medico tende a calibrare il processo decisionale sulla qualità percepita,

---

<sup>58</sup> Eurostat. Avoidable deaths in 2013. One death out of three in the EU could have been avoided in the light of current medical knowledge and technology. 24 May 2016. Disponibile a: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_STAT-16-1891\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_STAT-16-1891_en.htm). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>59</sup> Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. CMAJ 2009;181:165-8.

cedendo così alla prescrizione in eccesso di interventi diagnostici (*overdiagnosis*) e terapeutici (*overtreatment*). Per tali ragioni, la soddisfazione dei pazienti è una misura inadeguata per valutare la qualità dell'assistenza, oltre che insufficiente se non opportunamente integrata con valutazioni oggettive di sicurezza, efficacia, appropriatezza, efficienza, equità.

La chiave di volta per attuare una vera “medicina centrata sul paziente” è rappresentata dal processo decisionale condiviso – *shared decision making* – che ha due obiettivi fondamentali: fornire ai pazienti informazioni complete sul profilo rischi-benefici delle diverse opzioni terapeutiche e integrare nel processo decisionale i loro valori e loro preferenze, incrementando la dimensione personale del *value*<sup>60</sup>.

## 3.2 Strategie e strumenti

Il disinvestimento da sprechi e inefficienze può essere attuato con due modalità integrate: orizzontale e verticale.

### 3.2.1. Disinvestimento orizzontale

Partendo dal presupposto che in tutti i percorsi assistenziali convivono aree di sovra- e sotto-utilizzo, il disinvestimento orizzontale può essere attuato per singolo percorso assistenziale (percorso nascita, frattura di femore, scompenso cardiaco, chirurgia oncologica, stroke, fine vita, etc.).

Negli ultimi anni abbiamo assistito a una massiccia proliferazione nelle aziende sanitarie di percorsi assistenziali (più spesso conosciuti con l'acronimo PDTA) con l'obiettivo di standardizzare processi clinici e organizzativi. Tuttavia, oltre alla discutibile qualità metodologica di questi percorsi, che spesso si limitano a legittimare pratiche locali consolidate, manca quasi sempre una strategia d'implementazione per modificare i comportamenti professionali e un monitoraggio con adeguati indicatori. Di conseguenza non è possibile conoscere il reale impatto dei percorsi sui processi clinici e organizzativi e soprattutto sugli outcome. In ogni caso, il percorso assistenziale molto raramente viene identificato come uno strumento per disinvestire e riallocare. Questo richiederebbe una valorizzazione dei professionisti sanitari, medici in particolare, per identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*, che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico e determinano ingente spreco di risorse. Ovviamente il processo di disinvestimento (e riallocazione) per percorsi assistenziali, oltre a rientrare nella programmazione sanitaria regionale e aziendale, dovrebbe essere agganciato ai sistemi premianti, oggi troppo spesso legati ai volumi delle prestazioni erogate.

---

<sup>60</sup> Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012 Jan 27;344:e256.

Dal punto di vista metodologico, un percorso assistenziale deve utilizzare le migliori evidenze e adattarle al contesto locale in relazione a varie tipologie di ostacoli (strutturali, tecnologici, organizzativi, professionali, etc.), perchè i servizi esistenti condizionano inevitabilmente il processo di adattamento locale e, di conseguenza, il disinvestimento. In altri termini, il disinvestimento orizzontale, oltre alla necessità di standardizzare le metodologie di produzione, implementazione e monitoraggio dei percorsi assistenziali, richiede di intervenire nell'offerta dei servizi attraverso una riorganizzazione integrata ospedale-territorio. In caso contrario, i percorsi assistenziali e gli altri strumenti di *clinical governance* rimangono limitati all'ambito professionale, senza alcun impatto sulla riorganizzazione dei servizi esistenti (tabella 4).

**Tabella 4. Caratteristiche del disinvestimento orizzontale**

Disinvestimento orizzontale	
<b>Oggetto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi e processi clinici e organizzativi</li> </ul>
<b>Livello</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aziendale, interaziendale, regionale</li> </ul>
<b>Strumenti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi assistenziali</li> </ul>
<b>Implementazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riorganizzazione integrata ospedale-territorio</li> <li>• Modifica comportamenti professionali</li> <li>• Informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti</li> </ul>

### 3.2.2. Disinvestimento verticale

Se la priorità del disinvestimento è definita da singoli servizi e interventi sanitari, il livello di attuazione condiziona strumenti e strategie di implementazione (tabella 5).

**Tabella 5. Caratteristiche del disinvestimento verticale**

Disinvestimento verticale		
<b>Oggetto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi e interventi sanitari</li> </ul>	
<b>Livello</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nazionale</li> <li>• Regionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aziendale</li> <li>• Professionale</li> </ul>
<b>Strumenti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA</li> <li>• <i>Value-based pricing</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA</li> <li>• <i>Low-value lists</i></li> </ul>
<b>Implementazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi regolatori</li> <li>• Informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifica dei comportamenti professionali</li> <li>• Processo decisionale condiviso</li> </ul>

**Livello nazionale e regionale.** Identifica gli interventi sanitari per i quali il disinvestimento può essere condizionato da interventi regolatori (esclusione dai LEA, revoca accreditamento, esclusione dai prontoai, soglie di sostenibilità per i farmaci ad alto costo, etc.), espressione dell'attuazione della dimensione allocativa del *value* attraverso strumenti quali *health technology assessment* e *value-based pricing*<sup>61</sup>. Quest'ultimo, in particolare, è il metodo di riferimento su cui diversi sistemi sanitari puntano per garantire la "vera" innovazione farmacologica. Visto lo "tsunami" di molecole dai costi esorbitanti che invaderanno il mercato nei prossimi anni, il SSN deve definire una soglia di sostenibilità che in maniera oggettiva definisca cosa è sostenibile e cosa non lo è. In tal senso, il fondo speciale per l'innovazione, in assenza di metodi rigorosi, rischia di non essere guidato dal *value* reale dell'innovazione, ma da altri elementi che possono generare iniquità e disuguaglianze.

**Livello aziendale e professionale.** Il processo di disinvestimento è condizionato sia dagli interventi sanitari offerti, sia dalla relazione medico-paziente. Ecco perché accanto alle strategie per modificare i comportamenti professionali (*implementation science*) è indispensabile diffondere gli strumenti del processo decisionale condiviso, per incrementare la dimensione personale del *value*.

Il processo di HTA a livello aziendale (compatibilmente con le limitazioni imposte dalla Legge di Stabilità 2016) e, soprattutto, le numerose liste di prestazioni sanitarie ad elevato rischio di inappropriata (*low-value lists*<sup>62</sup>), sono gli strumenti di riferimento per attuare il disinvestimento verticale, incrementando al tempo stesso la dimensione tecnica e quella personale del *value*<sup>63</sup>.

### 3.3 Inadeguato coordinamento dell'assistenza

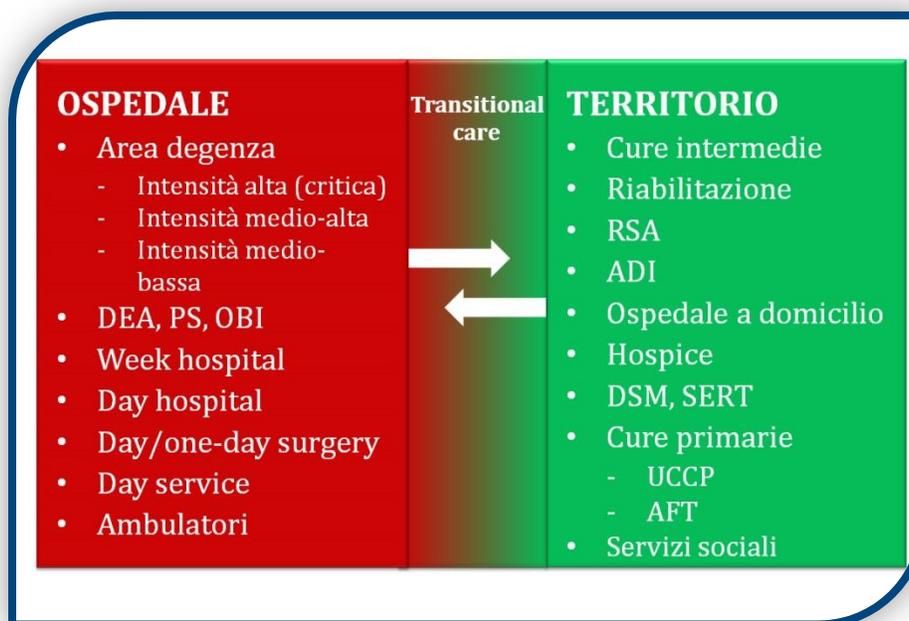
Per appropriatezza organizzativa si intende la capacità dell'organizzazione sanitaria di assistere il paziente nel "posto giusto" in relazione ai suoi reali bisogni di salute e tenendo conto dei costi. Di conseguenza, la programmazione sanitaria dovrebbe essere in grado di offrire una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, oltre che modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria che, oltre l'appropriatezza organizzativa, influenzano anche quella professionale (figura 11).

---

<sup>61</sup> Claxton K, Briggs A, Buxton MJ, et al. Value based pricing for NHS drugs: an opportunity not to be missed? *BMJ* 2008;336:251-4.

<sup>62</sup> Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA* 2013;309:775-6.

<sup>63</sup> Niven DJ, Mrklas KJ, Holodinsky JK, et al. Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. *BMC Med* 2015;13:255.



**Figura 11. Offerta di servizi secondo intensità di cura**

La riorganizzazione dell'offerta dei servizi sanitari trova il suo attuale riferimento nel Patto per la Salute 2014-2016, in particolare con l'articolo 5 per l'assistenza territoriale, e con l'articolo 3 che richiama il regolamento sugli standard ospedalieri<sup>64</sup> per le strutture di ricovero. Alla luce di questi riferimenti normativi, le Regioni sono chiamate a disinvestire dall'ospedale (riducendo il numero di posti letto per acuti a 3/1.000 abitanti) e re-investire sul territorio secondo una logica, seppur molto generica, di intensità di cura.

Il percorso di questa riorganizzazione non è certo privo di ostacoli: primo fra tutti, in molte Regioni del centro-sud, la "desertificazione" del territorio rispetto ad alcuni servizi (ADI, hospice, RSA, riabilitazione, etc.), ad ulteriore testimonianza, ampiamente documentata dall'adempimento dei corrispondenti indicatori LEA, del fallimento dello strumento dei Piani di rientro. Se questi, infatti, hanno permesso di raggiungere gli obiettivi finanziari, le criticità organizzative di numerosi sistemi sanitari regionali restano immutate. In altre parole, la riorganizzazione integrata di ospedale e territorio è a un livello soddisfacente solo nelle Regioni che, in tempi non sospetti, avevano già investito nelle cure primarie.

In secondo luogo, la cultura ospedale-centrica della popolazione frena notevolmente la riconversione della rete ospedaliera a fronte della necessità di sopprimere servizi (piccoli ospedali, punti nascita < 500 parti/anno, etc.), spesso imposta senza un adeguato processo

<sup>64</sup> DECRETO 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015.

di informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e amministratori locali, a dispetto delle evidenze e di numerose esperienze di successo a cui ispirarsi.

Infine, rigide posizioni professionali ostacolano da anni l'offerta di un moderno sistema di cure primarie dove il primo e più importante cambiamento è quello culturale, richiesto ad una medicina generale ancorata al mantenimento dello status quo, che fatica a intravedere le enormi opportunità di un radicale cambio di rotta.

### 3.4 Strategie e strumenti

Gli sprechi generati dall'inadeguato coordinamento dell'assistenza possono riguardare sia il passaggio del paziente tra differenti setting assistenziali, sia una scarsa integrazione tra servizi diversi dello stesso setting. Senza entrare nel merito delle determinanti che condizionano le due categorie, si riportano i principali strumenti che possono essere utilizzati per ridurre gli sprechi da inadeguato coordinamento dell'assistenza.

#### 3.4.1. Percorsi assistenziali

Lo sviluppo di percorsi assistenziali (§ 3.2.1) è condizione necessaria (ma non sufficiente) per ridurre queste tipologie di sprechi. In particolare, la definizione degli aspetti operativi permette di assegnare specifiche responsabilità (chi fa che cosa, come, dove e quando) e definire adeguati indicatori per monitorare le performance aziendali, di unità organizzativa e professionali. In tal senso, la potenziale utilità di standardizzare i percorsi clinico-organizzativi è richiamata dallo schema di DM "Linee guida per la predisposizione dei Piani di rientro aziendali"<sup>65</sup> che – in attuazione del comma 526 della Legge di Stabilità 2016 – ha definito una metodologia esplicita per il rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure a partire da 21 indicatori del Programma Nazionale Esiti.

#### 3.4.2. Transitional care

Indispensabile per un adeguato coordinamento tra ospedale e cure primarie, questa modalità di assistenza (figura 11), gestisce i pazienti all'interfaccia ospedale-territorio con strumenti e modelli organizzativi ancora poco diffusi in Italia, sia per carenze tecnologiche (sistemi informativi integrati, telemedicina, etc.), sia per ostacoli contrattual-sindacali e limitata integrazione inter-professionale che impediscono ai professionisti sanitari di spostarsi tra vari setting assistenziali, indipendentemente dall'azienda di appartenenza.

#### 3.4.3. Lean management

L'applicazione in ambito sanitario del *lean thinking*<sup>66</sup>, proprio del sistema di produzione Toyota, ha concretizzato questa strategia che ha l'obiettivo di ridurre gli sprechi del processo di produzione: lavorazioni superflue per compiere più volte un processo o parte di

---

<sup>65</sup> Disponibile a: [www.camera.it/temiap/2016/03/01/ OCD177-1783.pdf](http://www.camera.it/temiap/2016/03/01/ OCD177-1783.pdf). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>66</sup> Black JR. The Toyota Way to Healthcare Excellence: Increase Efficiency and Improve Quality With Lean. Health Administration Press, 2008.

esso per eliminare errori (*over-processing*), eccessi di produzione (*over-production*), movimentazione superflua di persone (*excessive motion*), spostamento inutile di materiali (*material transportation*), tempi di attesa (*waiting time*), inadeguata gestione delle scorte di magazzino (*bad inventory management*), difetti di produzione (*defective products*), spreco di risorse umane (*intellectual waste*).

L'innovativo approccio gestionale del *lean management* si è particolarmente diffuso in ambito ospedaliero confidando in numerosi vantaggi. Tuttavia, a fronte dei principi e della logica che sostengono il *lean management*, le evidenze disponibili documentano che questa strategia aumenta solo la produttività, senza alcun impatto sugli esiti assistenziali<sup>67</sup>. Di conseguenza, senza tenere conto del *value* delle prestazioni erogate questo strumento rischia solo di alimentare il fenomeno dell'efficientismo produttivo.

#### 3.4.4. Reti interaziendali

Secondo il regolamento sugli standard ospedalieri<sup>64</sup> “è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale”. Tenendo conto che non tutti gli ospedali possiedono adeguati requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali per erogare specifiche prestazioni, si è diffuso negli anni il modello *hub & spoke*, in cui diversi ospedali condividono un unico percorso assistenziale (infarto, stroke, politrauma, etc.), integrandosi anche con le cure primarie.

Oggi il tradizionale modello *hub & spoke* “statico”, soffre di due principali criticità. Innanzitutto il cosiddetto “effetto attrazione” esercitato dal centro *hub* fa sì che i pazienti vi afferiscano anche con forme poco gravi di malattia che potrebbero essere gestite in centri *spoke*; di conseguenza nel centro *hub*, saturandosi in maniera inappropriata i percorsi assistenziali, la qualità dell'assistenza si riduce vertiginosamente. In secondo luogo, specifiche competenze professionali relegate nei centri *spoke*, e per questo sotto-utilizzate, rischiano di scomparire.

Per tali ragioni, qualunque rete dovrebbe essere costruita sul modello *hub & spoke* “dinamico”, dove la condivisione tra i nodi della rete non riguarda solo il percorso, ma anche le competenze professionali. In altri termini, i professionisti potrebbero essere impiegati in relazione alla loro competenza indipendentemente dall'azienda/presidio ospedaliero di appartenenza e, al tempo stesso, i pazienti con forme lievi di malattia dovrebbero essere indirizzati ai centri *spoke* indipendentemente dal loro domicilio.

---

<sup>67</sup> Andersen H, Røvik KA, Ingebrigtsen T. Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ Open* 2014;4:e003873.